



17530/c





# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris*

PAR JULES CHEREST,

né à Paris,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Bachelier ès sciences, ancien Élève de l'École pratique, Élève des hôpitaux.



PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

3 Juillet 1841.

J. xxxiii

7/c

35100  
E. Monnier L. D. Vasson  
Sous-signe d'étude  
J. Chérest

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**THÈSE**  
POUR  
**LE DOCTORAT EN MÉDECINE,**

*Présentée et soutenue*

Par **JULES CHEREST,**

né à Paris,

**DOCTEUR EN MÉDECINE,**

Bachelier ès sciences, ancien Élève de l'École pratique, Élève des hôpitaux.

DES ENGORGEMENTS INFLAMMATOIRES DE LA FOSSE ILIAQUE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

II. — Des veines.

III. — Comment reconnaître si l'antimoine métallique contient du plomb ou du fer?

IV. — Du traitement du ramollissement.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

**PARIS.**

**IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,**

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

## Professeurs.

|                                                                              |                         |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| M. ORFILA, DOYEN.                                                            | MM.                     |
| Anatomie.....                                                                | BRESCHET, Examinateur.  |
| Physiologie.....                                                             | BÉRARD (ainé).          |
| Chimie médicale.....                                                         | ORFILA.                 |
| Physique médicale.....                                                       | PELLETAN.               |
| Histoire naturelle médicale.....                                             | RICHARD.                |
| Pharmacie et Chimie organique.....                                           | DUMAS.                  |
| Hygiène.....                                                                 | ROYER-COLLARD.          |
| Pathologie chirurgicale.....                                                 | { MARJOLIN.             |
|                                                                              | { GERDY.                |
| Pathologie médicale.....                                                     | { DUMÉRIL.              |
|                                                                              | { PIORRY.               |
| Anatomie pathologique.....                                                   | CRUVEILHIER.            |
| Pathologie et thérapeutique générales....                                    | ANDRAL.                 |
| Opérations et appareils.....                                                 | BLANDIN.                |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                       | TROUSSEAU.              |
| Médecine légale.....                                                         | ADELON.                 |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.... | MOREAU.                 |
|                                                                              | { FOUQUIER.             |
| Clinique médicale.....                                                       | { BOUILLAUD, Président. |
|                                                                              | { CHOMEL.               |
|                                                                              | { ROSTAN.               |
|                                                                              | { JULES CLOQUET.        |
| Clinique chirurgicale.....                                                   | { SANSON (ainé).        |
|                                                                              | { ROUX.                 |
|                                                                              | { VELPEAU.              |
| Clinique d'accouchements.....                                                | DUBOIS (PAUL).          |

## Agrégés en exercice.

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| MM. BAUDRIMONT.    | MM. LEGROUX.           |
| BOUCHARDAT.        | LENOIR.                |
| BUSSY.             | MALGAIGNE.             |
| CAZENAVE.          | MÉNIÈRE, Examinateur.  |
| CHASSAIGNAC.       | MICHON.                |
| DANYAU.            | MONOD.                 |
| DUBOIS (FRÉDÉRIC). | ROBERT.                |
| GOURAUD.           | RUFZ.                  |
| GUILLOT.           | SÉDILLOT, Examinateur. |
| HUGUIER.           | VIDAL.                 |
| LARREY.            |                        |

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



## A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Sur mon berceau même, songeant déjà à me placer honorablement dans le monde, vous avez formé le projet de faire de moi un médecin. Depuis vous avez incessamment pensé à sa réalisation ; et j'étais encore enfant, que, timide écho de vos désirs, je la rêvais aussi.

Grandissant dans cette idée, j'ai fini par me l'approprier ; et le jour d'embrasser une profession arrivant, je ne me suis même pas demandé s'il en existait d'autres. La beauté de la carrière médicale, la noblesse de son but, les jouissances qu'y rencontre à chaque pas celui qui la parcourt avec succès, m'avaient depuis longtemps séduit. J'y suis entré plein de bonheur, et pourtant, que mes prévisions étaient loin de la réalité ! Il faut avoir vécu dans l'intimité de la science pour en comprendre tout le charme. Combien de fois, en en apprenant les mystères, n'ai-je pas béni votre choix ! Si je les ai étudiés avec quelque fruit, c'est à vous que je l'ai dû ; si désormais je les applique heureusement, je vous le devrai encore, car chaque jour vous m'avez donné l'exemple de l'amour du travail, de la droiture du jugement et de la bonté du cœur, les trois premières qualités de l'homme, les trois conditions sans lesquelles il ne saurait y avoir de médecin. Puissé-je donc vous avoir imités ! Puissent mon amour et ma reconnaissance égaler vos bienfaits ! Puisse ma faible instruction vous conserver toujours à vos enfants !

La dédicace de ma thèse inaugurale payera bien peu de ma dette. Heureusement, il est dans la nature d'un père et d'une mère de centupler la valeur de tout ce qui vient de leur fils.

J. CHEREST.

## A M. LE DOCTEUR TERMONIA.

A toi aussi, mon bon oncle, qui as sans cesse travaillé à développer en moi la vocation médicale.

Un sincère remerciement pour les excellents conseils que depuis le commencement de mes études j'ai trouvés auprès de ton expérience, et pour tous ceux que j'en attends dans le cours de ma pratique.

J. CHEREST.

## AVANT-PROPOS.

Entre les quatre sujets que me donna le sort il était facile de choisir.

Je pouvais résoudre la question de chimie en très-peu de mots : je l'ai fait.

Ce titre, *Des veines*, prêtait à de longues recherches d'anatomie générale et d'anatomie descriptive ; mais qu'aurait trouvé mon scalpel qui n'ait été vu par chacun, et répété dans tous les traités classiques ? J'aurais présenté à la Faculté une nouvelle édition de ceux-ci : en conséquence, il est vrai, la thèse se serait soutenue d'elle-même ; peut-être aurais-je apprécié cet avantage, si je n'avais compté sur l'indulgence de mes juges ; mais habitué à éprouver leur bienveillance, chaque fois que j'ai comparu à leur barre, j'ai espéré n'en être pas abandonné aujourd'hui. Cette pensée m'était nécessaire pour apporter un travail dont nombre de points offrent largement matière à discussion, mais que du moins je puis défendre comme mien.

Arrivant à la question ainsi conçue : *Du traitement du ramollissement*, je l'aborde et m'explique avec un véritable sentiment de peine : elle est mal posée. S'agit-il du traitement d'un ramollissement en particulier ! il eût fallu en spécifier l'espèce. Doit-elle être interprétée comme il suit (et cette version me paraît bien plus dans l'esprit de l'auteur) : Tracer un traitement du ramollissement en général, abstraction faite du siège de la lésion ? La solution est aujourd'hui impossible. Je ne conçois pas la synthèse sans traits d'analogie entre les individus ; or je cherche vainement en quoi l'encéphalite ressemble au scorbut. Je ne conçois pas un traitement avant une histoire complète de la maladie ; et cette histoire, où est-elle ?

Cela dit, on voudra bien me faire l'honneur de ne pas considérer comme une réponse les mots qui en tiennent lieu ; satisfaction est donnée au règlement qui exige une proposition. Voilà tout.

J'ai donc adopté les phlegmons iliaques puerpéraux, intéressant et vaste sujet d'études. Mon but étant essentiellement pratique, je me suis surtout appliqué à tracer les symptômes, la marche, les terminaisons, le diagnostic et le traitement de cette affection. L'étiologie et la nature intime du mal dans lesquelles rentre tout entière la théorie des dépôts laiteux, ont été soigneusement discutées. Véritables bases de la thérapeutique, elles me parurent devoir de toute nécessité

trouver place dans une monographie que je cherchais à rendre complète. La même remarque s'applique aux considérations exposées en tête : l'histoire est une abondante source d'instruction ; j'ai tâché d'en tirer quelques enseignements. Il entraînait dans mon premier plan de rappeler certains souvenirs anatomiques, sans lesquels la pathologie de la fosse iliaque serait un véritable chaos. Mais j'avais tant d'autres détails à resserrer dans mon cadre, que j'ai dû en exclure tout ce que l'on pouvait trouver ailleurs. J'avais en outre le projet de citer au moins une observation à l'appui de chaque fait avancé : la pensée que c'eût été souvent double emploi, plusieurs ayant déjà été publiées, et l'énormité du volume ainsi gonflé de preuves sans enrichissement d'une vérité nouvelle, m'ont contraint d'y renoncer. Que cette déclaration suffise donc : je n'ai rien établi comme certain qui n'ait été démontré par la clinique, et dont ne puissent faire foi au besoin les nombreuses observations recueillies, soit par moi, dans les différents hôpitaux de Paris, soit par des praticiens auxquels j'en dois la communication, soit par les auteurs dont les œuvres font l'objet du premier chapitre. Ce qui me paraissait seulement ou possible ou probable a toujours été présenté sous la forme du doute.

Quant au traitement, je l'ai formulé avec toute l'énergie de la conviction, me préoccupant peu de la pensée que, si l'on prenait la peine de lire de cette thèse, je serais peut-être moi aussi appelé exclusif : injure absurde, qui est venue tomber aux pieds de l'illustre maître contre lequel elle fut lancée par la nullité déguisée en prudence. Si on la mérite en conseillant dans tous les cas semblables le même traitement, est-il un médecin qui s'y soustrairait ? Si, au contraire, elle est réservée à celui qui distribue à tous quelque panacée universelle, sans distinguer, les nombreuses maladies qui nous attaquent, les variétés de constitutions individuelles, d'antécédents, d'habitudes, etc., elle ne salira jamais le nom d'un disciple de l'école exacte ; entre saigner vite au début des *phlegmasies aiguës et graves*, et saigner toujours (ce qui serait le fait d'un exclusif), il y a loin. On a vu récemment ceux qui étaient accusés de prodiguer le sang, démontrer que s'ils le tiraient autrement, ils en étaient souvent plus avares que leurs accusateurs, et que là où ceux-ci le versaient encore, eux s'efforceraient de le reconstituer. Oui donc, le besoin de méthodes thérapeutiques différentes est évident pour nous dans d'autres affections, comme l'emploi énergique des antiphlogistiques l'est contre celle-ci. Les moyens ne manquent pas à notre art, et chacun trouve son opportunité au milieu des nuances infinies de formes que revêt le protégé, abstractivement appelé maladie.

---

DES

# ENGORGEMENTS INFLAMMATOIRES DE LA FOSSE ILIAQUE

APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

---

(LAITS RÉPANDUS. — DÉPÔTS DE LAITS.)

---

Multum egerunt qui ante nos fuerunt, sed  
non peregerunt, multum restat adhuc operæ,  
multumque restabit; neque ulli nato post mille  
secula, præciderat occasio aliquid adhuc ad-  
eiciendi.

(SENECA.)

---

## *Considérations générales et historiques.*

La maladie qui fait l'objet de cette dissertation n'a encore été étudiée ni décrite spécialement par personne, et il y a d'autant plus lieu d'en être surpris, qu'elle touche à toutes les grandes divisions de l'art. Le sol presque vierge sur lequel elle est placée, entre les terrains si laborieusement cultivés de la médecine, de la chirurgie et des accouchements, aurait pu, en effet, être indifféremment compris dans les limites de l'un ou de l'autre, et c'est vraiment chose étrange que les savants qui ont régné dans ces divers états de la science ne se soient pas montrés plus soucieux d'en augmenter leur empire. Sa nature, son siège, les erreurs de diagnostic qui peuvent en résulter, devaient la faire revendiquer par le médecin; par ses causes, par les

circonstances de puerpéralité au milieu desquelles elle se développe, elle appartient à l'accoucheur; tandis que les opérations qu'exige son traitement dans les cas les plus graves sont impossibles sans le secours d'un chirurgien.

Où donc trouverait-on une preuve plus convaincante, s'il en était besoin encore, de la nécessité pour le jeune praticien d'embrasser l'ensemble des vastes études médicales, et de s'attacher avec une persévérance égale à chacune de leurs branches? La diversité des moyens à employer suivant les périodes en fait une loi. Par cette diversité même s'explique la dispersion des malades affectées de ces engorgements dans les différents services des hôpitaux, à quelque ordre de maladies qu'ils soient destinés : en effet, on les rencontre dans tous avec une fréquence à peu près égale. Ce n'est pas à dire pourtant qu'ils soient très-communs, car quelques praticiens ayant assisté un nombre assez considérable de femmes m'ont dit n'en avoir jamais observé : aussi suis-je porté à croire que les malheureuses, obligées à de rudes travaux qu'elles reprennent quelquefois le lendemain du jour où elles ont donné la vie à leur enfant, y sont bien plus exposées que les femmes placées dans des conditions meilleures, grâce auxquelles elles peuvent se faire donner tous les soins qu'exige leur état. Du reste, les dames qu'entoure tout le confortable de l'opulence et de l'hygiène n'en sont pas exemptes, et à côté du témoignage des praticiens que j'invoquais tout à l'heure, il faut placer celui de quelques autres, dans les livres desquels on peut lire les observations de personnes occupant les positions sociales les plus élevées.

C'est surtout aux chirurgiens et aux accoucheurs du siècle dernier que nous les devons. Ils nous les ont transmises au milieu de relations de métrites, de péritonites, de métrô-péritonites, de phlegmasies dolentes, desquelles il n'est pas toujours facile de les distinguer : aussi avons-nous fait tous nos efforts pour n'en laisser échapper aucune. Nous devons les redoubler en présence de la difficulté même du sujet, de la rareté des matériaux, et du sentiment de notre propre

faiblesse. Nous avons tâché principalement d'écarter les théories qui enveloppaient alors tout ce qui avait trait à la puerpéralité, pour parvenir jusqu'aux faits : malheureusement ces vaines théories en ont le plus souvent pris la place ; ils sont tronqués et incomplètement exposés. Mais nous nous sommes bien gardé de suppléer à ce qui manquait dans chaque observation particulière, comme ces réparateurs de monuments antiques qui viennent, avec l'impertinente prétention de comprendre et d'embellir la pensée de l'artiste, replâtrer les chefs-d'œuvre des maîtres usés par le temps. Dans les sciences exactes l'imagination ne doit jamais être mise en jeu ; ce serait le plus déplorable des fléaux. Ce qu'on ne trouve pas ici il faut le chercher là. L'étude clinique ne fait jamais défaut au médecin, et elle nous a fourni ce que nous aurions en vain demandé aux recherches bibliographiques : ainsi nous sommes parvenu à réunir un nombre de faits suffisant, non pour tracer un tableau irréprochable de la maladie, mais pour en laisser une esquisse dont les traits principaux seront exacts. Il y aura bien loin de cet essai à l'accomplissement du vœu que faisait, en 1770, Morisot-Deslandes, en publiant le *Traité des accouchements* de Puzos : « Je ne puis, disait-il, quitter ce qui regarde les dépôts lacteux sans faire des vœux pour que quelque médecin habile se livre singulièrement à l'observation de cette maladie, et nous donne ensuite un traité complet qui nous manque sur cette matière. » Jé suis trop loin des qualités que requiert Morisot-Deslandes pour avoir satisfait à ses désirs ; j'espère pourtant que ce travail sera aussi complet qu'il peut l'être aujourd'hui, et je joins mes vœux aux siens pour qu'il soit repris par de meilleurs ouvriers, fier que je serai s'il peut leur servir quelque peu, comme m'ont servi à moi les matériaux que j'ai trouvés dans les chantiers que je me fais un devoir et un plaisir d'indiquer.

Puzos, que j'ai déjà cité, me semble devoir être mis en première ligne par la valeur de ses travaux et pour l'utilité des renseignements historiques qu'il nous a laissés. En trois phrases il indique où la science en était de son temps sur ce point ; et en effet, on s'en était

assez peu occupé pour que tout fût bientôt dit : « Je ne connais pas d'auteur qui fasse mention des signes par lesquels on peut reconnaître ces dépôts ni des moyens de les guérir ; on voit seulement dans Mauriceau et La Motte quelques observations qui traitent d'abcès dans l'aîne et dans l'intérieur du ventre à la suite de couches. Ces abcès étaient sans doute des suites de dépôts laiteux. » Telles sont ses propres paroles. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les abîmes de ses théories humorales ; trop souvent se présentera l'occasion de nous y arrêter, pour que nous ne nous hâtons pas de nous soustraire à la discussion quand il n'en sera pas besoin. Ses mémoires, d'ailleurs, font presque sourire aujourd'hui que nous sommes dans une obscurité un peu moins profonde ; mais, à mon avis, on ne peut s'empêcher de les admirer comme exposant nettement les connaissances actuelles, et en vérité, on est obligé de se cramponner aux faits bien acquis à la physiologie, pour ne pas se laisser entraîner encore à ces explications séduisantes d'une science à son berceau, explications appuyées des affirmations d'hommes si bons observateurs, si savants praticiens. Puzos n'a-t-il pas entrevu ou plutôt tracé complètement le traitement des inflammations puerpérales ?

Parcourons avec lui les deux auteurs auxquels il vient de renvoyer. On trouve dans Mauriceau et La Motte quelques observations, nous dit-il ; en effet, des huit cent cinquante qu'a laissées le premier sur la grossesse, l'accouchement et les maladies des femmes, cinq peuvent fournir des données utiles à la question qui nous occupe. Dans la 350<sup>e</sup> de son livre, intitulée *D'une femme qui, quoique accouchée très-heureusement, eut ensuite une disposition inflammatoire à la matrice*, il montre clairement que les engorgements iliaques lui étaient connus, car il craignait, en raison d'une très-grande douleur survenue le deuxième jour du côté gauche du ventre, répondant à l'aîne, au rein et à la cuisse, qu'il ne lui vint une de ces tumeurs rebelles que l'on voit quelquefois arriver chez certaines femmes, après l'accouchement, à la partie inférieure et latérale du ventre ; à quoi aurait pu contribuer une toux continuelle dont cette femme était fort travaillée toutes les nuits.

Quoiqu'il s'agisse dans cette observation de métrite simple, sans propagation de la phlogose à aucun des organes voisins, la réflexion qui l'accompagne implique la connaissance des phlegmons puerpéraux. Ailleurs (obs. 409<sup>e</sup>), à propos d'une femme qui sentait de grandes douleurs dans le ventre après suppression des lochies, il s'abstint de porter un pronostic fâcheux, parce qu'il n'y avait ni fièvre ni dureté de la cuisse, *ni aucune tuméfaction se manifestant du côté de la matrice et tirant vers l'aîne*. Cette seconde citation est peut-être moins concluante que la première; je ne fais pas non plus grand cas de l'obs. 594<sup>e</sup>, car elle laisse dans le doute le plus absolu sur le siège de la tumeur dont il est question. La 254<sup>e</sup>, tout incomplète qu'elle est, nous apprend du moins quelque chose : après un travail de quatre à cinq jours et un accouchement très-laborieux, la jeune femme qui en est le sujet eut, lors de la délivrance, un écoulement de quantité de *viandages fort puantes* : bientôt se manifesta une fièvre intense; la matrice était très-dure, et malgré la saignée du bras, il se forma *un grand abcès occupant toutes les deux fesses*. La guérison eut lieu au bout de deux mois. On le voit (car cette note est le résumé exact de l'observation de Mauriceau, dont j'ai même conservé les énergiques expressions), rien n'est plus incomplet. Pas un mot de symptomatologie; la seule induction à tirer, c'est que le célèbre accoucheur avait remarqué la curabilité de vastes abcès du bassin succédant aux couches, même après deux mois d'une abondante suppuration. Il a été, du reste, plus explicite dans l'obs. 299<sup>e</sup>, intitulée *De deux femmes accouchées depuis deux mois, qui avaient une fâcheuse tumeur au côté du bas-ventre*. La première, accouchée en janvier 1682, aperçut en mars une tumeur située au côté du bas-ventre, tirant vers l'aîne droite; il y avait tuméfaction, extrême douleur, fièvre et faiblesse. Les purgatifs étant employés, le mal augmenta; l'abcès formé fut ouvert par le bistouri. Le pronostic porté alors fut très-grave; cependant, après une suppuration de cinq semaines, la guérison fut parfaite. La deuxième était tout à fait dans le même état au début; l'issue de la maladie n'est pas indiquée.

Voilà, je crois, notre compte bien réglé avec Mauriceau. Il s'en fallait de beaucoup que Puzos eût là les matériaux d'une histoire générale des dépôts laiteux : voyons ce que pouvait lui fournir de La Motte. Quoique son traité contienne un chapitre des tumeurs qui surviennent aux femmes, après l'accouchement, *au sein, à l'aîne et aux autres parties*, il n'a pas non plus tenté les moindres essais de description. Mais ses observations particulières sont meilleures : trois semblent devoir être rapportées à coup sûr à des engorgements du tissu cellulaire iliaque. L'une d'elles se trouve au chapitre indiqué, et les deux autres aux numéros 405 et 406. La 409<sup>e</sup>, la 411<sup>e</sup> et la 412<sup>e</sup> en sont probablement encore des exemples; toutefois ici il n'y a que probabilité. L'auteur lui-même avoue ignorer le siège de la tumeur dont il parle dans la première; il ne s'explique pas sur la seconde, et, selon lui, dans la troisième, il y avait maladie de la trompe. Je me range à cet avis.

Son *Traité de chirurgie*, édité plus tard, contient deux faits nouveaux (obs. 54 et 61). Jointes aux précédents, ils permettent les deductions suivantes : les engorgements naissent à des époques variables; ils se terminent tantôt par résolution, tantôt par suppuration; si parfois les seuls efforts de la nature suffisent à l'évacuation des produits de celle-ci, d'autres fois, malgré les répugnances naturelles en face d'une opération difficile et dangereuse, le chirurgien verra couronné de succès le courage qu'il aura eu de la tenter; et enfin, une suppuration très-prolongée n'entraîne pas encore un pronostic désespéré : remarques capitales, et d'une utilité pratique qui vaut bien à leur auteur le pardon des systèmes erronés à l'appui desquels il les rapporte.

Nous aurions peut-être été excusable de nous fier à la parole de Puzos, et de ne pas faire de nouvelles recherches dans les ouvrages publiés avant 1770; néanmoins, convaincu de la nécessité de tout remanier, nous n'avons pas voulu nous contenter des ouvrages de Mauriceau et de de La Motte qu'il indique. Voici le peu que nous avons trouvé.

Ouvrons les vues de pratique et observations sur les maladies des nouvelles accouchées, de Nicolaïs du Saulsay, et quoiqu'il ne se soit pas spécialement occupé des phlegmons, notons la manière dont il employait les évacuations sanguines dans les inflammations puerpérales, et les succès qu'il en obtint. Il les poursuivait, comme celles qui surviennent en tout autre temps, en précipitant les saignées dans les trois premiers jours. Il se rappelle une femme qui fut sauvée parce qu'il lui fit ouvrir la veine onze fois en quatre jours : rappelons-nous-le aussi. Il est bon d'avoir quelques souvenirs pareils, pour ne pas faiblir devant les difficultés d'un traitement qu'on ne craint pas d'appeler meurtrier.

Planchon a inséré une observation, en 1764, dans le *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.*, de Vandermonde, t. 21, p. 112, sous le titre *Fièvre de lait survenue à la suite d'un dépôt laiteux du bas-ventre, six semaines après la couche*; mais les symptômes ne mentionnent pas de tumeur, et par la scrupuleuse analyse de ceux qui sont relatés, on en vient à se demander s'il ne s'agit pas simplement d'une péritonite. Deux ans plus tard, il publia dans le même recueil, t. 24, l'histoire d'un épanchement de lait sur le bas-ventre : même obscurité.

Dans l'ordre chronologique nous arrivons à Levret, qui, pour être peu complet, n'en est pas moins exact et riche d'applications de la saine physiologie à la thérapeutique. Ainsi déjà il reproche à Mauriceau, parlant de la suppression des lochies, de prendre l'effet pour la cause.

Ses judicieuses remarques ont été peu utilisées par Astruc. Se contentant de parler en général des engorgements qui surviennent aux femmes nouvellement accouchées, il paraît n'avoir songé qu'aux glandes comme pouvant en être le siège. Il croit qu'ils étaient beaucoup plus rares autrefois que de son temps, ce qui me paraît fort hypothétique. La conclusion qu'il tire de ses théories sur l'épaississement du sang ne l'est guère moins : l'engorgement laiteux doit être plus commun dans les femmes riches que chez les pauvres.

Les différents travaux sur lesquels nous venons de jeter un rapide coup d'œil, rassemblés et passés au creuset d'un jugement sévère, pouvaient fournir un produit plus pur qu'aucun de ceux-ci ; les auteurs que nous avons successivement cités avaient déjà fait nombre de remarques exactes, seulement elles étaient perdues au milieu d'explications erronées ; il était nécessaire de rejeter celles-ci, et de fondre celles-là en un tout bien homogène. Raulin paraît l'avoir compris : il discute trop longuement encore, il est vrai, des questions qu'il eût dû laisser de côté, il enregistre des faits inexacts ; néanmoins il occupe un rang distingué parmi les auteurs qui ont écrit sur les abcès iliaques ; c'est un de ceux qui, en quelques mots, en donnent la meilleure idée.

Deleurye en parle un peu. Il traite dans un paragraphe spécial du phlegmon des parties voisines de la matrice ; ses premiers détails sont très-faibles, mais il prend sa revanche à propos du traitement. Il n'y a, dit-il, que les saignées répétées *coup sur coup* qui puissent guérir cette maladie. Il revient encore à cette idée un peu plus loin : on lit à la page 476 de son *Traité d'accouchements* : « Ces maladies (dépôts lait-eux) sont tenaces, difficiles à vaincre, et laissent presque toujours des suites fâcheuses ; mais enfin on en vient à bout. Pour réussir, il ne faut pas traiter méthodiquement, il faut brusquer la maladie. La témérité dans ce cas est d'un grand secours. » Les querelles de mots sont bien misérables, mais pourtant quelquefois nécessaires. Consigner ici les expressions de Deleurye sans les combattre, ce serait en accepter la solidarité ; je m'explique donc : La témérité, c'est une hardiesse imprudente ; or celle du médecin doit cesser là où elle commencerait à prendre ce caractère. L'imprudence de sa part est aussi criminelle que la lâcheté : c'était hardiesse qu'il fallait dire. Et puis, pourquoi encore cet anathème lancé contre un traitement méthodique ? sans doute Deleurye n'y attachait pas la même idée que nous : qu'entendait-il par là ? Lui semblait-il que le traitement des saignées coup sur coup ne saurait être formulé en méthode ? M. le professeur Bouillaud nous a appris le contraire.

Ces deux restrictions faites, nous nous associons de grand cœur à ses idées. Nous rendons également justice à la bonté du conseil qu'il donne, de ne jamais promettre une guérison certaine; il faut toujours, dans son pronostic, songer aux éventualités d'aggravation. Mais, distributeur également scrupuleux de blâme et d'éloges, nous lui reprocherons encore de ne paraître pas avoir vu d'autre siège aux abcès de la fosse iliaque que l'intervalle compris entre les deux replis formant les ligaments larges.

On trouve, dans le tome 54 du *Journal de médecine*, p. 317, année 1780, l'observation d'un dépôt laiteux chronique (anonyme) qui me semble bien un phlegmon. J'en fais mention pour remplir le plus scrupuleusement possible mon devoir d'historien. Elle est médiocrement importante; le siège de l'abcès est mal indiqué. Il paraît avoir été fort élevé, et s'être fait jour par la matrice.

Deux autres cas furent consignés dans le même recueil, en l'an X, par le citoyen Assolant. Les symptômes en sont assez bien tracés, mais ils ne font que confirmer des vérités déjà posées. Disons pourtant que les deux malades dont il s'agit furent traitées par les purgatifs, et que chez toutes deux, la guérison eut lieu par résolution. Ces deux faits, et quelques autres semblables, sont-ils assez concluants pour forcer le praticien à suivre une pareille voie? Nous nous occuperons en détail du traitement; contentons-nous actuellement de faire remarquer que la première, celle dont l'histoire est le plus fidèlement tracée, se vit entièrement débarrassée de l'engorgement au bout de six mois, temps assez long pour qu'il soit légitime de nous demander si, par une autre méthode, la guérison n'aurait pu être plus rapide; si même elle se serait fait attendre davantage, la maladie étant abandonnée à elle-même, l'état aigu une fois passé.

Dans ses *Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale* (Paris, 1791), Doublet, après avoir copié les observations de Puzos, prouvant que la suppuration ne doit pas faire porter un pronostic tel, qu'on désespère de la guérison, en rapporte quelques autres recueillies par lui-même. Les dernières portent visiblement sur des péritonites

terminées par suppuration ; mais les deux premières sont fort intéressantes, celle surtout qui a pour sujet cette nourrice de l'hospice de Vaugirard. Assurément c'est là un exemple d'ouverture de l'abcès dans la vessie, terminaison à laquelle on était si loin de penser, que Doublet ne la soupçonna point, malgré l'évidence du fait. Cette relation est curieuse encore, en ce qu'elle nous montre qu'une évacuation spontanée des liquides morbides n'exempte pas toujours de recourir aux opérations. Il fallut pratiquer une ouverture aux lombes par laquelle s'écoula le pus en même temps que par la première. Les urines, dit Doublet, ont toujours été *laiteuses*.

Pourtant ces théories n'ont plus longtemps à vivre. Une saine physiologie ne tardera pas à leur être substituée. Elles brillent de leur dernier éclat dans les leçons d'Antoine Petit (Paris, an VII. *Traité des maladies des femmes enceintes, en couches, etc.*, publié par Baignères et Perral), et même elles n'y ont plus toute leur pureté originelle. La cause prochaine des dépôts est bien encore le refoulement de la matière laiteuse dans les vaisseaux de la partie qui en est affectée ; mais écoutez le professeur jusqu'au bout. Dans quelque partie qu'il arrive, dit-il, il y produit toujours une maladie inflammatoire. Tous les désordres ne sont donc plus l'effet immédiat du lait qui, après être sorti de ses vaisseaux, vient se réunir là ou là. C'est par l'intermédiaire de l'inflammation que beaucoup d'entre eux apparaissent. Voilà, me semble-t-il, une assez belle modification aux idées plus anciennes. Antoine Petit, profitant de ce qui a été écrit avant lui, dessine quelques traits de la physionomie des dépôts laiteux ; il divise surtout les phases de la maladie en périodes, ce qui le conduit à des indications thérapeutiques précises. Mais il ne joint pas l'exemple au précepte. Nous le voyons, dans la seule observation qu'il nous a transmise, traiter par le quinquina et le vin de Malaga une femme chez laquelle est survenue une gastrite aiguë ; du reste, il avoue l'erreur : il nous le dit, afin que nous profitons de sa faute ; profitons-en donc.

Avec le siècle, finit presque l'histoire des phlegmons puerpéraux. Malgré les écrits des praticiens, pour la plupart éminents, dont la lecture devait attirer sur cette maladie l'attention des médecins modernes, ils semblent l'oublier. Mercier, Péliissot, et tant d'autres, battent en brèche l'influence de la répercussion des lochies et du lait, et sur la trace des explications auxquelles ils avaient donné naissance, s'éloigne le souvenir des faits. Les traités d'accouchements les plus justement célèbres, les ouvrages les plus complets sur les maladies des femmes, répondent aux recherches par des pages blanches; la lacune existe partout. Auteurs français et étrangers sont coupables de la même faute. Les dictionnaires mêmes, qui, enregistrant la description de chaque maladie par ordre alphabétique, semblent ne pouvoir se dispenser de parler d'aucune, ont comme profité de ce que celle-ci n'a pas encore été étiquetée d'un nom spécial pour lui assigner une place. Petit a cependant touché la question dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, à l'article DÉPÔTS, mais il a tout à la fois rendu un bon et un mauvais service. S'attaquant au docteur Gastellier, rénovateur des idées anciennes, il démontre qu'il n'y a pas de dépôts laiteux. C'était bien de détruire une erreur; mais il fallait édifier sur ses ruines. Il était incontestable que les anciens avaient observé des abcès, des dépôts, pour conserver le même langage, à la suite de couches. Une fois donc démontré que ces abcès n'étaient pas formés par du lait, Petit devait en donner une description telle quelle. C'était assez pour qu'on n'oubliât pas tout à fait la maladie dont notre auteur travaillait justement à abolir la fausse qualification.

Les abcès du bassin, considérés hors l'état puerpéral, et sous des points de vue divers, furent, du reste, l'objet de recherches fort intéressantes, et ces recherches donnèrent naissance à des mémoires originaux. Nous avons vu en 1827 (*Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologique et de clinique chirurgicale*, t. 4, 1<sup>re</sup> partie, p. 74) Dance et M. Husson étudier les engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite, et apprécier très-exac-

tement l'influence de la présence du colon sur leur production. Les auteurs, à propos du diagnostic différentiel, rapportent quatre observations d'engorgements venus à la suite de couches, et ils les distinguent justement de la maladie qui fait le sujet de leur monographie. La même affection avait déjà été l'objet d'un travail lu, l'année précédente, à la Société des internes de l'Hôtel-Dieu, par M. Ménière (15 décembre 1826). Peu après M. Ponceau en cita un cas dans sa thèse inaugurale; Dupuytren y consacra une leçon clinique; et enfin elle fut de nouveau examinée par M. Ménière, dans un mémoire que contiennent les *Archives générales de médecine* (6<sup>e</sup> année, t. 17, 1828, p. 188). En 1837, M. Lebatard soutint, à la Faculté, une thèse intitulée : *des Tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque interne*, sujet repris et parfaitement traité, deux ans plus tard, par M. Grisolle.

Il y avait des rapports trop évidents entre le point de pathologie dont nous nous occupons, et ceux qui font l'objet de ces différents écrits, pour qu'ils ne nous offrissent pas quelques matériaux utiles. Le dernier surtout en est riche, par la raison toute naturelle d'ailleurs que, postérieur aux autres, il a profité de ce que contenaient ceux-ci. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, cette analogie, pour être évidente, est loin d'aller jusqu'à l'identité; elle n'infirme en rien la pensée exprimée dans mes premières phrases : « L'histoire des engorgements iliaques à la suite des accouchements est encore à faire. » Quelques lignes, empruntées à chacun des auteurs que je viens de citer, prouveraient surabondamment qu'elle ne fut le but d'aucun d'eux, si l'énoncé des titres de leurs ouvrages pouvait engager à penser le contraire. Les premiers, en effet, ont exclusivement porté leur attention sur cette variété d'engorgements qui entourent le cœcum, et qui n'ont rien de commun avec la grossesse. « Quelquefois, après l'accouchement, disent Dance et Husson, on observe des engorgements de l'une et de l'autre fosse iliaque; mais, quoique placés dans la même région que les précédents, ils peuvent avoir une origine différente. Tantôt ils se développent exactement dans l'épaisseur des ligaments ronds, dont ils suivent la direction, tantôt dans le tissu cel-

lulaire interposé entre les ligaments de l'utérus; ils peuvent s'étendre de là à tout le tissu cellulaire du voisinage, et venir faire saillie dans les fosses iliaques. » On lit également dans le mémoire de M. Mérière: « Nous ne dirons rien de l'inflammation puerpérale des annexes de l'utérus, particulièrement des ovaires et des ligaments sus-pubiens. On sait que des accidents de ce genre ont toujours pour cause occasionnelle l'accouchement et ses suites, ce qui suffit pour éviter l'erreur, etc. » Les docteurs Lebatard et Grisolle ont traité la question d'une manière générale, le premier y comprenant même la maladie de Dance, Hussion et Mérière. Les deux lignes suivantes montrent assez qu'il ne l'a pas distraite: « Chez les femmes, elle se rencontre indistinctement à droite et à gauche. On peut facilement s'en rendre compte par les causes nombreuses qui succèdent aux couches laborieuses; » de même que cette phrase empruntée au docteur Grisolle: « Les chirurgiens du dernier siècle connaissaient cette maladie, mais ils l'avaient plutôt considérée comme étant le plus souvent consécutive aux couches », nous annonce la déclaration qu'il fait un peu plus loin: « Je confonds les abcès succédant aux couches, et ceux survenus dans l'état non puerpéral, etc. » Or, cette confusion est-elle permise? y a-t-il analogie entre l'état d'une femme nouvellement accouchée et l'état normal? la fonction qui vient de s'accomplir n'a-t-elle pas amené des changements anatomiques, matériels, dans la disposition des organes du bassin qui entraînent des modifications évidentes dans la marche de la maladie, dans la succession des symptômes, etc.? La péritonite puerpérale est-elle la même que la péritonite traumatique? Quand on a décrit celle-ci, a-t-on fait l'histoire de celle-là? Nous aurions aimé voir M. Grisolle distinguer ainsi: son mémoire en aurait eu un mérite de plus.

Enfin, M. le docteur Piotay a examiné, dans sa thèse, une question encore plus rapprochée de la nôtre. C'est un essai sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque, développées dans les annexes de l'utérus. Mais il n'a pas eu non plus exclusivement en vue les suites de couches.

Je ne disséquerais pas chacune de ces publications, comme j'ai fait des livres anciens, espérant, par un examen minutieux, diminuer la perte de temps de ceux qui voudront recommencer ou vérifier mes recherches. Agir ainsi à l'égard des travaux de Dance, de MM. Husson, Ménière, Lebatard, Grisolle, Piotay, ce serait les tronquer, et dépouiller chacun de son originalité, puisque j'analyserais seulement ce qui touche à ma question. Je crois rendre à tous un service plus réel en renvoyant le lecteur aux auteurs mêmes.

### *Siège.*

La grande quantité de tissu cellulaire du bassin explique le développement du phlegmon dans presque tous les organes qu'il contient, et surtout dans les intervalles qui les séparent. Malgré d'heureuses dispositions aponévrotiques, de la continuité de toute cette atmosphère, du grand nombre de trajets vasculaires, il résulte une facilité extrême de propagation de l'inflammation d'un point à un autre, quand elle s'est une fois développée quelque part : ainsi on ne s'étonnera pas que nous ne limitations point l'étude des phlegmons iliaques à l'inflammation du tissu cellulaire exactement circonscrit dans la fosse de ce nom ; on ne s'étonnera pas que nous considérions comme tels ceux qui affectent les annexes de l'utérus, avec elle en rapport si immédiat. D'ailleurs, on voudrait en vain le faire : la nature, nous le verrons plus tard, ne se prêterait pas plus à cette division qu'à mille autres qu'on établit tous les jours scolairement. Mais comme il en est d'indispensables pour l'étude, nous serons forcés d'y avoir recours.

Cela posé, l'inflammation peut avoir pour siège l'ovaire, la trompe, les ligaments ronds, les ligaments larges, le fascia propria, spécialement dans sa portion qui double le fascia iliaca, le tissu cellulaire compris entre celui-ci et le muscle psoas-iliaque, les prolongements de ce tissu divisant les faisceaux du même muscle, et enfin l'articulation sacro-iliaque. Souvent, je le répète, il n'y a point de barrière entre ces diverses parties d'un même tout, et la communication est

si facile, que le phlegmon passe quelquefois d'un côté à l'autre ; ce qui n'empêche pas que, dans d'autres circonstances, il ne soit parfaitement circonscrit. Siége-t-il plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qu'à la face inférieure de l'aponévrose ? Conformément à la loi de Hunter, d'après laquelle les abcès sont infiniment plus rares dans les couches profondes que dans les couches superficielles, on peut le présumer ; mais des esprits sévères attendront une démonstration expérimentale.

Sur des chiffres beaucoup trop bas, on a tour à tour voulu prouver qu'ils étaient plus communs à droite et à gauche, et on a cherché à suppléer par des raisonnements à l'insuffisance du nombre d'observations recueillies. Comme il arrive toujours, chacun en a trouvé à l'appui de la pensée qu'il avait à faire triompher : on les rencontre plus fréquemment à droite, à cause de l'insertion plus générale du placenta de ce côté ; ils sont plus communs à gauche, parce que la matrice, en raison de son obliquité, tirelle le ligament large gauche. Mais aussi chacun, pour assurer la validité de ses motifs, avait besoin de montrer le peu de fondements des preuves de son adversaire. Cela n'était pas difficile : d'une part, rien ne prouve que le placenta affecte une insertion spéciale ; de l'autre, le tiraillement éprouvé par un ligament, en vertu de l'inclinaison de la matrice du côté opposé, doit être bien minime, le déplacement étant minime lui-même, grâce à la présence des muscles abdominaux ; et puis le ligament ne participe-t-il pas au développement physiologique général ? Comment, d'ailleurs, se fait-il que cette cause ait persisté neuf mois, ou au moins plusieurs semaines (pour ne prendre que les derniers temps de la grossesse), sans déterminer la maladie, et que celle-ci naisse seulement une quinzaine de jours après la disparition absolue de celle-là ? Les raisonnements ne sont donc pas meilleurs que les statistiques. Du reste, comme ils étaient destinés à éclairer une question de pure curiosité, sans but et sans application, peu importe ; nous y avons même déjà consacré trop de temps.

*Époque d'apparition.*

Il est d'observation qu'un grand nombre d'engorgements iliaques se traduit par ses premiers symptômes vers le douzième ou le quinzième jour qui suit la délivrance; toutefois, ce terme n'est pas invariable, et la mère n'en est absolument exempte à aucune époque des suites de sa couche. Ils apparaissent, en effet, souvent deux, trois, quatre jours, etc., après la naissance de l'enfant, tandis qu'à la limite opposée, elle en est affectée à une époque avancée de l'allaitement, après avoir, dans tout l'intervalle, joui d'une santé parfaite. Ces derniers cas sont, du reste, fort rares auprès des autres; ils semblent d'ordinaire coïncider avec le sevrage, de sorte que, dans les diverses époques de leur formation, il y aurait quelque relation avec les phases de la fonction laiteuse, avec son commencement et sa fin. C'est possible; mais entre concevoir cette relation, que la physiologie ne répudie pas, et accepter les métastases, il y a toute la distance de l'explicable à l'absurde. Elle n'est d'ailleurs rien moins que prouvée, car, dans les premiers cas, l'engorgement ne se montre pas plus au moment de la fièvre de lait qu'aux jours précédents ou suivants; et les seconds sont si rares, qu'il faut se tenir en garde contre une généralisation prématurée. La femme, lorsqu'un aussi long espace de temps la sépare de celui de la parturition, ne peut-elle pas être atteinte d'un phlegmon iliaque tout à fait indépendant de cette cause, et se rattachant à une de celles qui les déterminent en toute circonstance de la vie, dans l'un comme dans l'autre sexe? Rien donc ne démontre jusqu'ici plus que coïncidence entre la cessation de l'allaitement maternel et les premiers symptômes de la maladie, et peut-être n'y a-t-il pas d'avantage; du reste, je le répète, on peut admettre beaucoup plus sans en appeler à une physiologie idéale.

*Symptômes.*

A. *Symptômes généraux.*—Cette affection se révèle, tantôt par des troubles fonctionnels généraux, tantôt, et ce sont les cas les moins graves, par des signes purement locaux. Lorsqu'elle a une marche aiguë, les premiers sont capables d'atteindre une intensité d'action considérable, et de masquer quelque temps les seconds, au point de mener à la croyance erronée d'une maladie primitivement générale, transportée ensuite et fixée en un point circonscrit; croyance erronée, car, à coup sûr, elle a pour siège premier le bassin, et les désordres qui portent sur les fonctions d'autres systèmes d'organes que ceux qui y sont contenus sont symptomatiques de l'inflammation locale. Dès le principe, la malade est tourmentée de frissons reparaissant à des intervalles irréguliers, phénomènes qu'on retrouve si souvent au début des irritations violentes. Ils s'accompagnent de douleurs lombaires et d'un malaise universel, puis viennent la tristesse, la frayeur, un profond abattement physique et moral. Le plus souvent, la femme est couchée sur le dos, une cuisse fléchie, la plante du pied reposant sur le lit. Le pouls est dur et fréquent, la peau sèche; et successivement apparaissent, dans les cas extrêmes, les désordres du côté des voies aériennes, digestives, urinaires, etc., qui constituent tout le cortège d'une fièvre intense. Cependant, les lochies se sont supprimées, le lait a cessé de couler, ou plutôt de remplir les seins. S'il n'y était pas encore monté, la sécrétion ne s'établira point tant que durera cet état de choses.

B. *Symptômes locaux.*—A mesure qu'il s'aggrave, ont surgi aussi les accidents appartenant en propre à l'engorgement iliaque; car la plupart des précédents sont communs à un nombre immense de maladies. Étudions avec plus de soins ceux qui sont caractéristiques de celle qui nous occupe, ou, pour parler plus exactement, ses symptômes locaux. Comme les autres, évidemment variables en raison de la gravité de la lésion et de son ancienneté, ils le sont surtout suivant le

siège précis qu'elle affecte, aussi la connaissance des dispositions anatomiques peut souvent donner la clef de ces différences.

1° *Douleur*. — Il n'est presque pas de cas dans lesquels la douleur manque, au moins au début de l'état aigu; de même il n'en est guère dans lesquels elle ne prenne une forme nouvelle. Tantôt localisée dans l'une ou l'autre fosse iliaque, elle y est parfaitement inscrite: le reste de l'abdomen est d'une insensibilité complète; tantôt, au contraire, s'irradiant en sens divers, elle est beaucoup plus forte à certaine distance du siège du mal qu'au point phlogosé lui-même. Dans ces irradiations, on la voit affecter le flanc du côté opposé, un point quelconque du ventre, les lombes, la poitrine, les membres pelviens, les organes génitaux externes, agissant ici par sympathie, là par une influence directe de la tumeur sur les nerfs qui l'avoisinent. Suivant qu'elle est due à l'une ou à l'autre de ces causes, elle présente des caractères tout opposés: chez telle malade elle sera très-violente, chez celle-ci, médiocre, chez celle-là, très-faible; à celle-ci elle donnera la sensation de battements, d'élancements, celle-là éprouvera une souffrance obtuse et profonde; ici ce sera de la pesanteur, de la tension, de la gêne; ailleurs, du fourmillement, et dans la pluralité des cas, deux ou trois de ces variétés tourmenteront simultanément le même sujet, mais dans des points divers. Que l'engorgement existe dans la duplicature qui forme le ligament large, ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, la distension s'opérant avec assez de facilité, la douleur, toutes circonstances égales d'ailleurs, sera bien moins vive que si la tumeur est arrêtée dans son développement par un puissant obstacle, comme celui qu'apporte le fascia iliaca à celles qui sont en contact avec sa face profonde: ces dernières, étranglées sous l'aponévrose, la soulèvent et la distendent en même temps qu'elles sont comprimées par elle; double source de souffrance réagissant incessamment l'une sur l'autre, et croissant ensemble. Elle est plus grande encore si la phlegmasie a pour siège principal le tissu cellulaire interposé entre les faisceaux des muscles, et elle atteint son

maximum lorsque sont intéressés les psoas, si abondamment traversés par les nerfs. La non-compression de ces organes est presque impossible, pour peu que le volume du phlegmon soit considérable : rien, en effet, n'est moins rare que de voir la malade éprouver dans les points où vont se distribuer les branches du plexus lombaire, au moins de la pesanteur et du fourmillement, sensations en rapport avec la gêne de la circulation : aussi l'obstacle produit par la pression directe sur les vaisseaux sanguins les amène-t-il également. Si elle porte plus spécialement sur quelques divisions, les tissus animés par elle sont aussi plus vivement et plus péniblement impressionnés : ainsi s'explique la douleur ressentie vers les organes extérieurs de la génération, par le refoulement des branches ilio-scrotale, inguino-cutanée ; et la distribution des nerfs crural et obturateur nous rend aussi facilement compte de celle qui est éprouvée dans la partie antérieure du membre pelvien, que devient aisée à comprendre celle de la partie postérieure par la connaissance de la communication qu'établit le tronc lombo-sacré entre les plexus desquels il emprunte son nom. Les nerfs sacrés ne sont d'ailleurs pas non plus à l'abri d'une compression directe : elle peut facilement arriver jusqu'à eux, soit mécaniquement communiquée de proche en proche, soit par la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire qui les entoure.

La pression sur la fosse iliaque, les mouvements, en particulier ceux de la cuisse, et les secousses que la toux communique aux viscères abdominaux, serrés d'ailleurs à cet instant dans leur cavité par la contraction des muscles droits et obliques, augmentent la douleur. Plus ces muscles sont tendus, plus elle est vive ; plus le phlegmon est profond, plus elle est accrue par les mouvements des membres pelviens, et surtout par leur extension. L'état permanent de flexion s'accompagne, au contraire, d'un grand soulagement, tous les muscles étant alors relâchés et les intestins ne pressant plus que de leur propre poids. La cavité offre ainsi au développement de la tumeur la plus grande capacité possible : c'est l'image exacte d'une inflammation sous-

aponévrotique, mise par des débridements convenables dans les conditions d'une affection sous-cutanée. Le mal siégeant aussi profondément que possible, la position agit encore puissamment pour diminuer les tortures de la patiente; les faisceaux musculaires n'étant plus bridés par le fascia iliaca, permettent bien mieux à la fluxion sanguine de se faire dans le tissu cellulaire placé entre eux, et à l'engorgement de s'y loger en les écartant, si déjà il s'est opéré.

2° *Tuméfaction.*— Dans le principe, on n'observe pas de déformation de la fosse iliaque; plus tard, seulement, elle devient proéminente, et présente une tumeur dont voici les caractères: elle offre, quant au volume, tous les intermédiaires qui séparent et réunissent deux sphères des diamètres de un centimètre à un décimètre, ou plutôt deux ovoïdes dont les axes seraient mesurés par ces longueurs. Dans certains cas, il est très-difficile d'en préciser les limites: elle envahit toute la fosse iliaque, et présente une élasticité douteuse et d'étendue incertaine. Le plus souvent elle ressemble assez à un œuf de poule. Elle est dure, rénitente, sans bosselures, sans battements pour la main qui la touche et, nous l'avons déjà dit, très-sensible à la pression. Percutée, elle rend un son mat. En général peu mobile, elle est susceptible de quelques mouvements de latéralité quand elle proémine, par conséquent, lorsqu'elle a pour siège le tissu cellulaire doublant les replis du péritoine; on ne peut plus les lui imprimer si elle offre une forme aplatie, signe à joindre à tous ceux qui la font diagnostiquer sous-aponévrotique. Dans ce dernier cas, l'extension de la cuisse sur le bassin la rend moins évidente. L'effet contraire est produit pour une tumeur superficielle, la tension et la résistance des parois abdominales n'étant pas suffisantes comme celles de la toile iliaque pour l'effacer en partie, mais se trouvant seulement portées au point de les rapprocher davantage du phlegmon et de les y accoler (si j'ose employer cette comparaison), à peu près comme les vêtements un peu serrés dessinent avec beaucoup plus d'exactitude que les autres les formes des organes qu'ils protègent.

*Accidents de compression.* — Outre la douleur, la présence de la tumeur cause quelques accidents de compression sur les organes voisins, dont l'étude n'est pas sans intérêt.

*Gêne de la circulation.* — Le premier est la gêne de la circulation, déjà notée à propos de l'engourdissement dont elle s'accompagne. Elle doit, au reste, trouver bien plus fréquemment sa raison d'existence dans un empêchement à la libre exécution des fonctions nerveuses, que dans un obstacle matériellement apporté au passage du sang par le refoulement de ses vaisseaux conducteurs. Placés dans une gaine assez forte, située elle-même au milieu d'une atmosphère celluleuse, ceux-ci peuvent, par un déplacement facile, se soustraire à l'engorgement qui les refoule devant lui, tandis que s'ils étaient maintenus solidement au même lieu, pressés de chaque côté, ils éprouveraient, en raison du rapprochement de leurs parois, une diminution de calibre. Les nerfs, au contraire, fixés entre les fibres des muscles, ne sauraient fuir ainsi, d'où la fréquence de leur rôle dans les complications d'embarras de la circulation. Une diminution du pouls du côté malade peut en être la suite. Il s'est présenté moins large, moins ample que de l'autre. Quelquefois il n'y a plus d'isochronisme, et la température s'abaisse dans le membre privé de la quantité normale du fluide, source de la vie et de la force.

*OEdème.* — La cause continuant à agir, ou jouissant, dès le principe, d'un degré d'énergie supérieure, conduit à quelque chose de plus; je veux parler de l'oedème. Il manque dans la majorité des cas. Des circonstances que je viens d'exposer comme diminuant de beaucoup, pour les vaisseaux iliaques, les chances de compression, résulte, en effet, l'impossibilité de sa production, à moins qu'une cause accidentelle ne vienne leur enlever une partie de leur mobilité ou de leur calibre. L'inflammation de leur gaine et des tissus voisins produit simultanément ce double effet.

*Constipation, ballonnement, diarrhée.*—Le cours des matières alimentaires dans la longueur du tube intestinal, comme les circulations artérielle, veineuse et lymphatique, subit l'influence du voisinage de l'engorgement iliaque : de là des symptômes nouveaux, constipation et météorisme. Ces accidents se produisent, suivant les cas, par des mécanismes essentiellement différents. Tantôt l'inflammation a gagné le tissu cellulaire adjacent à l'intestin, tantôt la tumeur agit par compression. Dans le premier cas, la colite externe plus ou moins légère, suspend physiologiquement les contractions ; dans le second elles sont impuissantes. La matière s'accumulant au-dessus de l'obstacle, arrête parfois les gaz eux-mêmes : de là une source de ballonnement.

Ces phénomènes ne se rencontrent pas toujours quand la phlogose a envahi le tube digestif. Elle s'accompagne quelquefois de diarrhée ; souvent celle-ci arrive après quelque temps de constipation qui, à son tour, la remplace ensuite, de façon qu'elles se succèdent ainsi alternativement.

*Ténesme.* — La fonction urinaire n'est pas exempte de vicissitudes analogues, mais moins fréquentes. L'excrétion peut être empêchée, le ténesme faire beaucoup souffrir.

*Rétraction musculaire, claudication.* — Enfin, en appuyant sur les psoas-iliaques, la tumeur en détermine la rétraction, et, par conséquent, la flexion de la cuisse, symptôme d'une haute importance et toujours en raison directe de la gravité de la maladie, de sa proximité des muscles, et de la participation de leur tissu à l'état morbide. S'il est possible à la nouvelle accouchée de se mettre debout, elle présente de la claudication.

3° *Température. — Coloration.* — La chaleur de la partie, supérieure à la température normale proportionnellement à la fièvre,

n'est pas plus élevée que celle des autres régions. Point de rougeur à cette période.

*Marche. — Durée. — Terminaisons.*

Tels sont les symptômes des engorgements de la fosse iliaque après l'accouchement, tel en est l'ordre de fréquence et de succession. Le plus souvent assez rapprochés et intenses pour que leur marche soit aiguë, ils se produisent quelquefois avec beaucoup de lenteur, et constituent un véritable type de chronicité. En somme, cette affection appartient à la longue série de celles dont la durée ne saurait, aujourd'hui du moins, être limitée. Essentiellement influencée dans sa marche par la constitution des sujets, elle l'est plus encore par le traitement. Du médecin qui le dirige dépend la terminaison. Appelé à temps, il provoque presque à volonté telle ou telle issue, et, suivant qu'il a ou non su osé et pu agir, il abrège considérablement le temps de la maladie, ou il lui laisse toute sa longueur. Chez certaines femmes, en effet, elle s'est prolongée au delà d'un an; chez d'autres, elle a duré quelques jours.

A. B. *Délitescence. — Résolution.* — La délitescence n'a jamais été observée. Dans le cas où la tumeur a disparu le plus promptement, elle a mis vingt-quatre heures à diminuer de moitié. Quoiqu'il ait fallu davantage pour la résorption de la deuxième partie, c'est un exemple très-remarquable de résolution; une pareille promptitude est exceptionnelle. Le plus souvent elle s'opère d'une façon lente, et par degrés insensibles, au moins jusqu'au premier retour du flux cataménial, dont l'apparition coïncide généralement avec un mieux marqué, que les menstrues soient effet ou cause.

L'organisation du tissu cellulaire iliaque, peu favorable à la suppuration, aurait pu à *priori* faire supposer la résolution plus commune. Tirez parti de cette remarque, et contre-balancez l'inconvénient du petit nombre de vaisseaux appartenant à la région, en augmentant

leur faculté absorbante, la proportion de ce mode de terminaison croîtra dans vos mains. Puzos le faisait, et il nous a dit : « ... J'en ai vu plus se résoudre que s'abcéder. »

C. *Suppuration.* — Les chiffres parlent autrement aujourd'hui. La statistique donne une énorme et triste supériorité de fréquence à la suppuration. Cédant à leur autorité, M. le docteur Grisolles la déclare presque inévitable. Les faits de Puzos protestent cependant avec toute l'énergie de la vérité contre une manière de voir aussi absolue. D'autres auteurs en ont rapporté d'analogues, et s'il m'est permis d'invoquer le témoignage d'une expérience à laquelle on voudra peut-être accorder quelque autorité sur la matière, je dirai que j'en ai aussi rencontré d'assez concluants pour entraîner des convictions moins désespérantes; comparant, du reste, les méthodes thérapeutiques ordinairement en usage avec les moyens employés dans ces cas de succès, je me crois en droit de compter que, plus généralement répandus, ceux-ci les décupleront.

La suppuration est habituellement la suite d'un engorgement franchement inflammatoire, et dont la marche n'a pas été enrayée par un traitement proportionné à l'intensité des symptômes. Elle paraît plus tard que dans les autres parties du corps. Les phlegmons, en général, commencent à donner naissance à ce phénomène, du cinquième au huitième jour; ceux-ci ne le présentent guère avant le dixième; on l'y a observé au soixantième seulement, termes extrêmes entre lesquels le vingtième jour établit la moyenne, le pus se formant bien plus souvent à une époque rapprochée du premier qu'ultérieurement à la fin du mois. L'absence de graisse se prête à rendre compte de ces différences: abondante dans les membres, au pourtour de l'anus, etc., elle permet une suppuration rapide; l'organisation lamelleuse du tissu cellulaire iliaque paraît, au contraire, s'y opposer.

Le travail pathologique s'accompagne, dans l'espèce, des phénomènes généraux communs à toute sécrétion purulente: si la marche est aiguë, les symptômes déjà existants deviennent beaucoup plus mar-

qués; la différence est peu sensible si la marche est lente. En tout cas il y a presque toujours frissons irréguliers, fièvre avec redoublement le soir, sueurs, surtout la nuit. Ces signes établissent presque à coup sûr qu'il y a quelque part dans l'économie un foyer. La tumeur, de son côté, en fournit d'autres à l'aide desquels on reconnaît où il siège. La peau acquiert de la rougeur, sa tension augmente; si celle-ci est extrême, elle devient luisante; en même temps la température de la partie s'élève, les accidents de compression redoublent, et surtout la douleur s'accroît: elle est profonde, continue, extrêmement vive, accompagnée d'élancements et de battements; puis à ces souffrances aiguës succède une sensation de pesanteur; les battements sont plus marqués; les frissons parcourent fréquemment le dos et les lombes; les horripilations se rapprochent; le pouls se ramollit et perd de sa fréquence; tous les symptômes généraux s'amendent, et il survient un empatement local. Bientôt le liquide distend et déchire les parois des cellules qui le renferment, et se réunit en un seul foyer. Alors, s'il est situé assez superficiellement, on aperçoit la fluctuation, signe pathognomonique de la formation d'un abcès; mais malheureusement il est aussi rare que précieux de la rencontrer bien évidente; la grandeur même de la collection n'est pas une garantie de son existence: on en a observé qui contenaient 750 grammes de pus, et qui n'étaient pas accompagnés de ce symptôme. Ses caractères sont souvent altérés. La main constate quelquefois une mollesse inaccoutumée des tissus, de l'empatement, de la rénitence dans les abcès situés au-dessous du *fascia iliaca*, etc.

A la même époque, la tumeur est devenue proéminente, ou, au contraire, elle s'est affaissée. Suivant qu'on est témoin de l'un ou de l'autre événement, on peut prévoir en partie le chemin par lequel la nature chassera de l'économie les produits morbides. En effet, que la tumeur s'élève en pointe, que la fluctuation soit bien évidente, et qu'elle siège spécialement en des points rapprochés du ligament de Fallope ou de l'épine iliaque antérieure et supérieure, il y a immensément à parier qu'il se fera une ouverture au point saillant. Dans les

circonstances contraires, on ne saurait pronostiquer avec autant d'assurance. Les voies d'élimination (que celle-ci s'opère par la peau ou par les cavités viscérales) seront les plus variées en raison de causes souvent difficiles à reconnaître, et dont une capitale est la proximité de tel ou tel organe. Règle générale, la perforation s'opère aux dépens de celui qui est le plus rapproché de l'abcès, de celui avec lequel ses rapports permettent de plus faciles adhérences. Du reste, ces solutions de continuité ne sont pas fatalement nécessaires à l'issue de la maladie, même quand le pus s'est formé et réuni. Il peut encore arriver qu'il soit résorbé; il l'a été.

a. *Ouverture à la peau.* — De tous les moyens d'élimination, le plus commun est la perforation de la surface cutanée: elle se trouve avec celle des autres organes, pris ensemble dans le rapport de deux à un. Après les points des parois abdominales, ci-dessus indiqués comme en étant le siège le plus fréquent, il faut noter la partie antérieure et supérieure de la cuisse, la peau qui recouvre le grand trochanter, celle des lombes en arrière de la crête iliaque, et les grandes lèvres. La science ne possède pourtant pas d'observations d'engorgements puerpéraux qui aient abouti à chacun de ces points; du moins mes recherches ne m'en ont pas fourni pour tous, et je me crois en droit de conclure que si des exemples s'en sont présentés, ils n'ont pas été publiés. Néanmoins je penserais mal remplir ma tâche en me contentant de résumer les faits acquis. Il est indispensable de signaler en même temps ceux que peut-être on rencontrera demain: ma description ne saurait être complète sans cela. Les phénomènes de la puerpéralité, modificateurs puissants à tous autres égards, sont, personne ne le contestera, dépourvus de la moindre influence capable de diriger le pus une fois formé vers tel ou tel lieu. Or, celles des régions énumérées où nous n'avons pas encore vu suppurer de phlegmons à la suite de couches ont été le siège d'ouvertures d'abcès de la fosse iliaque survenus dans les circonstances ordinaires de la vie: il est donc rigoureusement logique d'y admettre la présence des premiers,

quoiqu'elle n'ait pas été expérimentalement démontrée. L'analogie est légitime; bien plus elle est forcée.

1° *Fosse iliaque.* — La région de l'aîne, ai-je dit, est plus souvent qu'aucun autre point le siège des perforations cutanées : presque spéciale aux abcès du *fascia propria*, cette voie a cependant été prise par des phlegmons sous-aponévrotiques qui avaient déchiré leur barrière naturelle. Le pus vient surtout saillir à côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure : alors la maladie affecte généralement une marche aiguë; le centre de la tumeur acquiert une rougeur plus foncée, s'amincit rapidement et ne tarde pas à se rompre. Qu'il en soit ainsi, ou que les choses se passent à la manière des abcès froids, il n'y a rien de spécial à noter quant aux phénomènes de l'ulcération.

2° *Un point quelconque de la peau.* — Partout ailleurs, des trajets plus ou moins étendus séparant la collection de la source pyogénique, on observe les symptômes des abcès par congestion. La tumeur iliaque s'affaïsse à mesure que la seconde s'accroît, les accidents de compression diminuent, et il y a, localement du moins, un amendement notable. La persistance des troubles généraux garantira d'un fol espoir de résorption, et si on l'avait conçu un instant, on ne tarderait pas à reconnaître l'erreur en face des changements survenus peu après à une des régions indiquées. Elles sont bientôt, sans avoir présenté aucun signe d'inflammation, le siège d'une tumeur fluctuante. Celle-ci peut acquérir un volume considérable sans que la peau s'ulcère. Lors même qu'il est devenu très-grand, la tumeur disparaît, ou tout au moins diminue dans certaines positions de la malade, et augmente dans d'autres, le liquide se précipitant au point le plus déclive; la réduction s'accompagne d'une sensation de glissement sous les doigts, etc.

*Abcès superficiels.* — La disposition de l'entonnoir fémoral-vasculaire favorise essentiellement la progression du pus de tout abcès né dans le *fascia propria*; il en prendrait même presque forcément la

direction sans la présence de ces obstacles que nous voyons partout naître autour d'une source de pus, et faciliter le mouvement du corps étranger vers la périphérie. Lorsque les lois physiologiques cèdent aux lois de la pesanteur, il n'y a plus de raison pour que les liquides, une fois engagés, ne suivent pas tout le trajet des vaisseaux. Ainsi ils peuvent descendre et infiltrer le membre jusqu'à ce qu'un obstacle les force à se rassembler. On observe, en effet, les tumeurs de formation secondaire à des hauteurs variables; mais le plus souvent au-dessous du ligament de Fallope, dans la couche celluleuse sous-cutanée, qu'ils gagnent à travers l'ouverture aponévrotique de la veine saphène. La voie offerte par l'anneau crural est si facile, qu'ils ne la prennent pas dans les cas seulement où le siège de la suppuration en est très-voisin; ils y arrivent quelquefois de points éloignés, et après des décollements considérables. La présence des psoas est une raison de plus en faveur de cette marche : elle perd, il est vrai, de son influence à gauche, le tissu cellulaire lâche et séreux du repli péritonéal qui attache l'S iliaque du colon aidant à l'écoulement dans la cavité pelvienne. Comme, d'autre part, les aponévroses gênent la formation d'un abcès au périnée, la matière, une fois cette direction suivie, peut s'infiltrer dans leur intervalle, ou se faire un passage, soit entre les fibres du dernier segment du gros intestin, soit à travers les parois vaginales.

On ne l'a pas encore vu glisser le long du canal inguinal. Je n'insisterai pas sur les raisons de ce fait : elles ressortent avec trop d'évidence d'une comparaison établie entre son ouverture interne et celle des veines et artères fémorales. Sa position plus élevée, son étendue moindre, son oblitération plus complète, son état d'imperfection et d'inutilité chez la femme, ne sont-ils pas autant de motifs qui diminuent les chances de cette terminaison? Pourtant on ne saurait la déclarer impossible. L'engorgement inflammatoire siège quelquefois dans le ligament rond, et il serait tout simple, en un cas pareil, de voir l'abcès, s'il ne s'ouvrait immédiatement à la peau, fuser entre les faisceaux de ce cordon. Alors la tuméfaction apparaîtrait aux grandes lèvres et dans le voisinage.

Elle peut encore se montrer dans la région lombaire, le pus ayant décollé le péritoine de bas en haut, à la faveur de la position horizontale. La laxité des tissus permet aux liquides d'arriver vers les reins, le foie et la rate. On les a vus traverser le grand dorsal et son aponévrose, pour former une collection sous-dermique.

*Abcès profonds.* — La présence du fascia iliaca n'a pas, sur la marche ultérieure des abcès sous-jacents, une influence moindre que sur les phénomènes qui accompagnent ses premières périodes. Les produits anormaux peuvent, il est vrai, perforer l'aponévrose et rentrer dès lors dans les conditions des abcès que j'ai appelés superficiels : mais la résistance de celle-ci, la présence d'une ouverture à chaque extrémité du canal lombo-iliaque rendent cet événement très-rare. D'un autre côté, la partie supérieure, par sa situation même, ne saurait offrir une issue que dans des cas exceptionnels, comme les exemples de suppuration vers les reins et le foie; aussi, tout liquide inclus entre ces limites suit presque nécessairement la marche que voici : Parvenu au bas du canal iliaque, il s'engage dans celui que forme à la suite l'aponévrose de la cuisse; placé sous le feuillet profond de celle-ci, il le distend progressivement, ainsi que la cloison interne du canal iliaque, repousse les vaisseaux fémoraux en avant et en dedans, et forme une saillie dans la partie interne et antérieure de la cuisse, le pli de l'aine restant dans ce cas parfaitement libre en général. A la longue, ces couches fibreuses, très-amincies, peuvent se détruire et permettre au foyer de s'étendre au devant des vaisseaux en soulevant le feuillet falciforme du fascia lata, pour devenir superficiel; de même en perçant la cloison qui sépare les muscles iliaque et psoas du pectiné, ou celle qui est interposée entre le premier de ces muscles et le droit antérieur, le pus pourra se porter dans l'excavation sous-obturatrice, entre les adducteurs, et former une tumeur sous l'ischion, ou bien encore en dehors, entre les muscles fessiers, triceps et tenseurs du fascia lata, pour proéminer au-dessous du grand trochanter.

Tantôt il existe un seul abcès, tantôt plusieurs de ces régions sont envahies. Au reste, le nombre n'a pas plus que le siège d'influence sur la marche ultérieure de chacun. L'évacuation du pus est de nécessité absolue, et si l'ouverture d'une des tumeurs ne permet pas l'issue du liquide contenu dans une autre, il se forme une seconde ulcération. Souvent même, malgré des communications assez faciles, une partie seulement des produits morbides est évacuée par la première, elle se referme, et au moment où on espérait une guérison complète, on voit croître une nouvelle tumeur qui se perfore à son tour, si par la rupture de la cicatrice on n'est replacé dans les mêmes conditions qu'auparavant. Lorsqu'une fois la maladie prend cette marche, elle a généralement une issue fatale, ou au moins elle se prolonge beaucoup. La fonte du tissu cellulaire s'étend incessamment, et au cas où la femme résiste à l'abondance de la suppuration (voyez plus loin), on a lieu de redouter la persistance de fistules, craintes d'autant plus fondées que les trajets sont plus longs, que les phénomènes vitaux sont moins intenses.

b. *Ouverture dans les viscères.* — Aucun des organes pelviens n'est à l'abri des perforations consécutives au phlegmon; mais le vagin et le conduit intestinal en sont bien plus souvent affectés que les autres.

Du côté de la tumeur iliaque, on observe des symptômes identiques avec ceux qui accompagnent la formation d'abcès sous-cutanés secondaires (voyez p. 33, 2°); quelquefois, pourtant, la diminution du volume de celle-ci est très-lente; sa consistance reste la même, et, quoiqu'il y ait du pus évacué, le palper n'en a jamais fait soupçonner la présence. Cette apparente anomalie s'explique d'une manière très-facile par la coïncidence d'une suppuration lente et circonscrite de la partie inférieure de l'engorgement avec le contact direct entre celui-ci et les parois de l'organe devenues canal excréteur.

L'expulsion des produits morbides par les ouvertures naturelles est le seul symptôme commun aux différentes espèces de ce genre

d'évacuation : il est impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser l'âge de la maladie avec lequel elle coïncide.

1° *Intestin.* — La surface du gros intestin, bien supérieure à celle des autres organes, sa structure, d'un côté l'absence de méso-cœcum, de l'autre l'obliquité du méso-colon déjà notée, comme facilitant l'arrivée du pus autour du rectum, semblent prédisposer beaucoup le tube intestinal à la perforation.

L'exploration de sa cavité permet, dans certains cas, de constater une tumeur molle, dépressible, dont le volume augmente par les efforts de la malade et par la compression de la région iliaque. La main gauche étant appliquée en ce point, pendant que l'indicateur droit agit sur les parois du canal, on arrive quelquefois à percevoir une sensation fort nette de fluctuation. Si la saillie interne est très-prononcée, il se pourra qu'il y ait déjà affaissement de la région iliaque; il deviendra, en tout cas, plus complet au moment de la perforation. Il manque cependant quand celle-ci est petite : alors, les matières fécales entraînent une quantité de pus correspondante à la difficulté de l'écoulement et dans un état de mélange le plus souvent méconnaissable. Lorsque, au contraire, la longueur de la déchirure est suffisante, la malade accuse tout à coup un violent besoin de défécation, qui a pour résultat l'expulsion d'une quantité correspondante à un ou plusieurs verres de pus blanchâtre, et souvent inodore. Les jours suivants il s'écoule avec les fèces en proportion décroissante, et dans les circonstances les plus heureuses, après la fin du premier septénaire, celles-ci n'en contiennent plus. Du reste, l'absence en fût-elle bien constatée (voyez l'article *Diagnostic*, pour les difficultés d'acquérir une certitude de ce genre), la guérison n'est pas du tout certaine, car ici, comme dans le cas d'ouverture à la peau, l'oblitération de la première solution de continuité peut être suivie d'une perforation nouvelle, siégeant soit en un point différent de l'intestin, soit sur les parois d'un autre viscère, soit à la surface tégumentaire externe; de même que l'ulcération intestinale remplace,

ou encore accompagne quelquefois une de celles-ci. Dans certains cas de perforations multiples, il existe un symptôme nouveau : c'est l'issue par la fistule cutanée ou vaginale de détritits d'aliments ; mais elle exige de larges et très-faciles communications.

2° *Vagin*. — Grâce à la situation du vagin, le pus vient assez fréquemment en rencontrer les parois et former à leur surface externe des collections identiques à celles qui font saillie dans le rectum. Avant l'ouverture, mêmes symptômes. Au moment de la rupture, si elle se fait largement, sensation d'un flot de liquide, évacuation par la vulve ; s'il n'y a qu'un léger pertuis, écoulement en quantité souvent inappréciable. Le toucher et l'inspection directe, à l'aide du spéculum, permettent quelquefois de reconnaître la solution de continuité. Plus tard, mêmes éventualités de complications qu'après la lésion de l'intestin ; cependant, elles sont beaucoup moins probables. En général, le pus s'écoule aisément et la marche de la guérison est prompte.

3° *Matrice*. — L'épaisseur des parois utérines, si considérablement augmentées, paraîtrait, *a priori*, un obstacle infranchissable ; il semblerait que l'infériorité de position du vagin et du rectum, tous deux cent fois plus aisément perméables, dût assurer la matrice contre des perforations de ce genre. L'expérience dément ces prévisions. Les symptômes qui les accompagnent sont, du reste, identiques à ceux par lesquels s'annonce l'ouverture dans le vagin, écoulement puriforme par la vulve, et dépression de la région iliaque.

4° *Vessie*. — L'ulcération des parois de la vessie est moins rare. Toutefois, je ne connais qu'un cas dans lequel elle ait existé seule. Je dis un cas, quoique à la rigueur plusieurs observations consignées dans les ouvrages du siècle dernier puissent être considérées comme des exemples analogues ; car nombre d'auteurs mentionnent des urines laiteuses chez des malades affectées de phlegmons iliaques puerpéraux

que je ne vois pas avoir abcédé ailleurs. Sans doute certaines de ces urines *laiteuses* étaient un mélange de pus avec la sécrétion rénale; mais pourtant les observations que je rappelle n'ont pas un caractère suffisant d'authenticité ou plutôt de clarté. Je continue donc à regarder la perforation de la vessie comme généralement concomitante d'autres ouvertures complémentaires à la peau, dans l'intestin, etc.

L'émission du pus par l'urèthre la caractérise essentiellement; précédée, comme la rupture de l'abcès dans la cavité intestinale, d'un pressant besoin d'expulsion si la vessie a été remplie tout à coup, elle ne s'annonce par aucun signe particulier dans le cas contraire. Quelquefois seulement elle s'accompagne de douleur au périnée, à la région rénale et sur le trajet des uretères. On conçoit la possibilité de communication entre le foyer et un de ces organes.

Quelle qu'ait été la voie choisie par la nature entre toutes celles que nous venons d'indiquer, elle peut se convertir en fistule; mais les ouvertures à la peau y sont particulièrement exposées. La disparition du tissu cellulaire a laissé au sein de l'économie des vides que la nature même des parties dans lesquelles ils sont creusés permet difficilement de combler. Le squelette du bassin ne pouvant se prêter à un rapprochement, en maintient écartées les parties molles; aussi l'abondance de la suppuration, prolongée des mois et des années, finit ordinairement par entraîner la malade au tombeau, dans un état complet de marasme. Si pourtant une circonstance quelconque, grossesse, léger retour d'embonpoint, tumeur abdominale, vient à mettre les parois en contact, la cicatrisation peut encore avoir lieu. Alors la fistule fournit de moins en moins; les frissons, les sueurs nocturnes, la fièvre, disparaissent, etc. etc.

D. *Induration*.—Presque toutes les femmes, malgré l'énergie et l'activité du thérapeute, conservent un noyau d'engorgement; à moins de désordres extrêmes, la suppuration respecte en général quelques

parties de la tumeur ; de même la résolution est rarement complète au début , de sorte qu'à la rigueur un premier degré d'induration peut être regardé comme la terminaison générale du phlegmon iliaque , ou tout au moins comme affectant , dans la majorité des cas , quelqu'un de ses points. Tantôt , en effet , une des portions du tissu cellulaire même en est le siège ; tantôt elle porte sur les ganglions lymphatiques voisins. Lorsque , comme je le disais tout à l'heure , la maladie existe à un premier degré , la résorption se complète insensiblement. Le retour du flux menstruel coïncide surtout avec un mieux marqué ; mais quand l'altération des tissus est profonde , elle peut persister toute la vie.

*E. Gangrène.* — La gangrène est extrêmement rare ; sa production exige les conditions d'étranglement existant pour le phlegmon sous-aponévrotique. Alors , en effet , si les phénomènes sont intenses , si un traitement énergique ne s'oppose pas à leur accroissement , on a tout lieu de la craindre. Elle se produit encore dans une autre circonstance , qui peut accidentellement coïncider avec la puerpéralité : c'est l'inflammation du cœcum , soit idiopathique , soit consécutive à celle du tissu cellulaire voisin. La mortification de la portion intestinale phlogosée est assez souvent la conséquence de cette affection.

La gangrène s'annonce quelquefois par un sentiment de tension et de constriction de la tumeur , mais le plus ordinairement son début est brusque. Les symptômes d'une violente inflammation abdominale succèdent avec rapidité à ceux déjà graves de l'inflammation jusqu'à circonscrite dans la fosse iliaque : la face est pâle , grippée , le front se couvre d'une sueur froide ; le pouls est petit , vif , serré , concentré ; quelquefois des nausées , des hoquets et des vomissements surviennent. La faiblesse de la malade est extrême , et déjà elle peut périr au milieu de cet appareil de symptômes. Plus souvent elle ne succombe qu'après que la décomposition des traits , la pâleur générale , les sueurs froides et visqueuses , l'affaissement et l'insensibilité de la tumeur sur

venue tout à coup, la prostration générale, la petitesse extrême du pouls ne permettent plus de douter de l'invasion de la gangrène. Cependant quelques individus survivent à ce dernier accident : la tumeur, après s'être brusquement affaissée, semble s'enflammer de nouveau ; bientôt elle présente une fluctuation manifeste, ordinairement accompagnée d'un peu de crépitation analogue à celle que produit l'emphysème, soit au point correspondant au lieu primitivement proéminent, soit en un de ceux que j'ai signalés comme habituellement le siège des terminaisons par suppuration. La peau rougit, s'amincit, et il se forme une ou plusieurs ouvertures qui laissent échapper un pus abondant, fétide, mêlé à des gaz, et à travers lesquelles se présentent des lambeaux grisâtres et mollasses de tissu cellulaire mortifié. Quand toutes ces eschares sont expulsées, les parois du foyer se recollent, et, dans les circonstances les plus avantageuses, la malade guérit comme d'un abcès ordinaire.

### *Complications.*

La peau perforée peut devenir le siège d'érysipèles, les bords des solutions de continuité se couvrir de chairs fongueuses, etc... Ces accidents ne présentent rien d'assez spécial pour nous arrêter.

Nous avons indiqué, chemin faisant, l'inflammation abdominale, la plus grave des complications : un sixième, en effet, des décès consécutifs avec abcès iliaque sont dus à la péritonite ; et combien ne seraient-ils pas plus fréquents encore, si la nature ne s'opposait à l'épanchement dans l'intérieur de la cavité par l'épaississement de la séreuse qui, à l'état normal, présenterait un si faible obstacle ! Malheureusement n'est-il pas toujours suffisant, et l'ouverture de l'abcès peut-elle se faire dans le péritoine, comme dans l'intestin, comme dans la vessie. Alors, en bien peu de temps, la malade parcourt les périodes de la plus désastreuse inflammation, dont le dernier terme est la mort.

La péritonite survient d'autres fois par propagation des accidents phlogistiques, et la mort arrive sans perforation. De même il y a quelquefois épanchement et mort sans que la péritonite se soit déclarée.

L'introduction de l'air dans le foyer est aussi un accident très-fâcheux. Certains abcès, dont les parois restent habituellement béantes, la permettent surtout. Ce fait présente alors un double motif de gravité : le contact du pus avec l'air atmosphérique et la disposition anatomique qui s'oppose spécialement au rapprochement des parties ; ainsi la suppuration est incessamment entretenue, ainsi elle est incessamment viciée : le pus s'écoule clair, mal lié, caséeux, et de mauvaise odeur. Les points correspondants à la cavité rendent un son tympanique. Dans ces circonstances, les accidents se prolongent indéfiniment jusqu'à la naissance d'une des causes de guérison indiquées ci-dessus, mais plus souvent jusqu'à l'épuisement entier de la malheureuse malade.

L'œdème est de tous les symptômes celui qui persiste davantage ; certaines femmes sont même condamnées à le conserver toujours, et si quelquefois la présence d'un noyau d'engorgement suffit pour l'expliquer, bien souvent on ne le peut rapporter à aucune cause évidente ; mais il est logique de l'attribuer à des raisons analogues cachées dans la profondeur des tissus. Celle qui alors paraît l'obstacle le plus probable à l'intégrité de la circulation est le rétrécissement de la veine iliaque, soit par quelque concrétion sanguine, soit par l'oblitération incomplète d'une partie de son canal, oblitération due à la pression antérieurement exercée par le phlegmon, ou à la phlébite.

Quand la maladie est ancienne, les caractères ordinaires de l'œdème peuvent être altérés, et remplacés par une augmentation de consistance des tissus, par une espèce de dureté analogue à celle que présente le corps d'un enfant affecté de sclérème ; le membre continue à présenter un volume supérieur à celui du côté opposé. La station prolongée, une longue marche, toutes les causes de fatigue, en un mot, aggravent ces accidents. Il semble que la grosseur et le poids de la

partie en soient augmentés ; les points les plus déclives sont le plus soumis à ces influences ; ils sont douloureux à la pression, etc.

Nous noterons la possibilité des hernies pendant et après la suppuration. L'amaigrissement des parties voisines, leur dégorgement, la fonte du tissu cellulaire interposé, facilitent encore le déplacement des viscères, sollicité, pour ainsi dire, déjà par l'ouverture anormale qui est là placée devant eux. Moins aisées quand une cicatrice a obli-téré celle-ci, elles sont pourtant encore à craindre : l'affaiblissement des parois abdominales permet même des éventrations.

#### *Lésions anatomiques.*

Il est rare qu'on ait occasion d'observer des phlegmons iliaques dès leur origine. Tant que leur propre gravité n'est pas suffisante pour occasionner la mort des malades, ce n'est que dans les cas où une autre maladie, affectant simultanément la même femme, la conduit au tombeau, que l'investigation nécroscopique est possible. Or, des coïncidences pareilles ne se présentent guère. Elles seraient plus communes, d'ailleurs, que la science y gagnerait fort peu. L'inflammation du tissu cellulaire iliaque est caractérisée par les phénomènes qui se rencontrent dans tout phlegmon : infiltration d'un sang rouge-brun, et friabilité. Elles n'éclaireraient guère davantage l'étiologie, car une fois le phlegmon produit, on ne peut savoir si les altérations concomitantes ont précédé. Ainsi la phlogose de l'articulation sacro-iliaque qui existe quelquefois est-elle primitive ou consécutive, etc.?

On n'observe non plus rien de particulier à la période de formation du pus. Il existe d'abord sous l'aspect d'un fluide gélatiniforme imprégnant le tissu cellulaire devenu gris, jaunâtre, en certains points, et encore injecté de sang alentour. Par expression, on en fait suinter quelques gouttes offrant les caractères ordinaires. Les traces d'injection sanguine vont en s'amoindrissant de plus en plus, et enfin elles restent seulement à la circonférence des foyers, puis (comme il arrive le plus souvent) du foyer unique. Ceux-ci sont tapissés, à la face interne,

d'une membrane analogue aux muqueuses, cependant plutôt grisâtre que rose, surtout à la suite des phlegmons chroniques. Les produits de la sécrétion morbide y existent en collections de quantités éminemment variables, de quelques onces à plusieurs livres. Ce fluide, dans la majorité des cas où il s'écoule au dehors, soit spontanément, soit par une ouverture artificielle, est blanc, onctueux, d'une bonne consistance, bien lié, et inodore. Quelquefois il présente une odeur stercorale, absolument comme les abcès de la marge de l'anus, sans que, pour cela, il y ait communication avec l'intestin. Dans le cas où la perforation en a précédé celle de la peau, il est nécessairement extrêmement fétide; alors il est mélangé à des gaz, et plus ou moins séreux et grisâtre. Il prend ces mêmes caractères lorsque l'air a accès dans le foyer, et lorsque la suppuration se prolonge beaucoup. Dans cette dernière circonstance, il est rare de voir le pus accumulé seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; s'il y est limité, le péritoine et le reste des parois sont noirâtres, tomenteux dans quelques points, lisses et polis dans d'autres, où l'on constate aisément l'existence d'une pseudomembrane. Les muscles iliaques, psoas, et carré des lombes conservent leur couleur et leur consistance; sinon, ils sont noirâtres, ramollis, en partie détruits, infiltrés de pus, et disséqués par ce liquide. La lésion frappe surtout sur le muscle iliaque, dans sa partie supérieure et moyenne. Le psoas est plus altéré en dehors qu'en dedans. Le fascia iliaca est quelquefois à peu près complètement détruit; il est difficile d'en trouver çà et là des vestiges. Il y a confusion telle, que l'inspection anatomique serait beaucoup moins propre que l'observation des symptômes à faire connaître quels organes ont été primitivement le siège de la maladie: une telle désorganisation est pourtant assez rare. L'aponévrose est le plus communément conservée, seulement elle adhère davantage au péritoine, et elle est percée d'une ou de plusieurs ouvertures qui ont depuis quelques millimètres jusqu'à plusieurs centimètres d'étendue. On trouve des troncs ou des filets nerveux destinés aux membres inférieurs, qui traversent le foyer purulent. Ces cordons sont généralement d'un blanc mat, ramollis et

friables; mais d'autres fois ils paraissent exempts de toute altération. Il en est de même des vaisseaux iliaques.

Les détails que j'ai donnés à l'article *Symptomatologie*, et auxquels je renvoie, ont montré par la description des ouvertures à la peau, combien peuvent être étendus et variés les trajets fistuleux. Leur anatomie pathologique, en ce qui concerne l'abcès iliaque, y est faite; le reste appartient au domaine public.

Celle de l'ulcération cutanée ayant été tracée en même temps, il me reste donc seulement à m'occuper des perforations viscérales, de l'existence desquelles on peut être parfaitement assuré pendant la vie, mais dont on ignore les dispositions anatomiques jusqu'à la mort du sujet. Elles paraissent devoir s'opérer de différentes manières. Tantôt, après un amincissement progressif, analogue à celui de la peau soulevée et distendue par le phlegmon superficiel, les parois des cavités céderaient, et l'évacuation se ferait comme par une sorte de déchirure. D'autres fois il y a véritablement perte de substance en un ou plusieurs points, variant de cinq à quinze millimètres de diamètre. Ces faits ont surtout été observés pour les abcès ouverts dans le canal digestif. Ils ont été aussi l'objet d'une remarque dont Dupuytren a donné de bonnes explications. La transmission des matières fécales à l'intérieur du foyer paraîtrait *à priori* possible ou plutôt probable : elle ne se fait pas à moins que la gangrène n'ait amené de ces désordres épouvantables après lesquels des communications sont largement établies. L'évacuation graduelle, l'obliquité de l'ouverture, et le décollement de l'intestin qui fait office de soupape, de façon à très-bien permettre l'arrivée du pus à l'intestin, et non le reflux de celui-ci au foyer, conformément au type normal d'organisation de la plupart de nos canaux excréteurs, en rendent parfaitement compte.

*Diagnostic.*

Un grand nombre d'affections peuvent être prises pour des phlegmons iliaques. Toutefois, la plupart n'ayant aucun rapport de causalité avec l'accouchement, la circonstance de puerpéralité mettra toujours en partie sur la voie, augmentera considérablement les chances de probabilité en faveur de la maladie que nous étudions, et diminuera d'autant celles des affections avec lesquelles on peut la confondre : cependant, comme elles peuvent incidemment attaquer une femme nouvellement mère, il importe de les avoir toutes présentes à l'esprit, et de ne porter son jugement qu'après un résumé rapide des symptômes propres à l'une et aux autres.

Ceux qui signalent le début de l'inflammation, et que j'ai appelés généraux, sont d'une très-médiocre utilité, car, outre qu'ils manquent souvent, souvent aussi ils accompagnent d'autres phlegmasies, et en particulier plusieurs de celles que nous allons voir sujettes à confusion. On est fréquemment trompé par les apparences d'une fièvre de lait, ou par des douleurs de ventre qui ont quelque ressemblance avec les tranchées normales dans les premiers jours des couches. On les en distinguera en ce qu'elles ne durcissent pas la matrice, et ne s'accompagnent pas d'une plus grande expulsion lochiale.

Les indications fournies par l'examen attentif de la tumeur, dès son apparition, serviront bien mieux au diagnostic. La sensation de pulsations perçues par la malade, l'absence des signes de l'inflammation des organes abdominaux, l'empâtement profond, la flexion de la cuisse, auxquels on joindra, néanmoins encore, les frissons irréguliers qui passent dans le dos et les lombes, la moiteur de la peau, la plénitude et la mollesse du pouls, lui serviront de base. Pour bien apprécier la forme et l'étendue de la tumeur, il faudra d'abord mettre les parties dans le plus grand relâchement possible : la jambe sera fléchie sur la cuisse, et puis la cuisse sur le bassin ; la malade sera inclinée sur le côté sain ; le chirurgien, portant ensuite une main sur

celui-ci, comprimer doucement d'avant en arrière, tandis que de l'autre il pressera d'arrière en avant.

Le trouble le plus facilement pris pour un engorgement du tissu cellulaire iliaque, sans symptômes aigus, est l'amas de fèces dans la continuité du canal alimentaire, au niveau des parties latérales du grand bassin; et pourtant il s'en distingue par des signes bien tranchés : au lieu de la douleur habituelle, de l'égalité de surface de la tumeur, on trouve alors des masses plus ou moins volumineuses, inégales, bosselées, peu ou point douloureuses à la pression, généralement faciles à déplacer; la résistance au doigt qui pratique la percussion est moindre. Enfin, si on administre un purgatif, on détruit la tumeur qui, sous l'influence des contractions intestinales, chemine, et disparaît souvent spontanément. Néanmoins l'accumulation stercorale peut persister; mais alors elle détermine les symptômes de l'iléus. Or, le phlegmon iliaque ne produit jamais une compression capable d'interrompre complètement la continuité du tube digestif, et par conséquent de déterminer des accidents analogues à ceux des invaginations intestinales, et des étranglements internes.

Vient ensuite la péritonite, dont la puerpéralité est si souvent l'occasion. Quand elle occupe une assez grande surface, l'erreur est absolument impossible. L'intensité de la douleur, étendue à la totalité ou à la presque totalité de l'abdomen, le ballonnement, et les symptômes généraux, en garantissent le médecin le moins expérimenté; mais en revanche, elle est très-facile si la phlegmasie est circonscrite à un petit espace. Elle produit souvent alors une tumeur assez analogue au phlegmon, mais qui, pourtant, n'en a jamais l'élasticité, la résistance, la dureté: la tuméfaction présente plutôt, dès les premiers moments de son apparition, une mollesse remarquable, et parfois même une véritable fluctuation. En outre, la péritonite, même circonscrite, s'annonce bien plus souvent que celui-ci par le frisson; elle produit plus de douleurs; celles-ci sont vives, ponctives. Ce ne sont donc, il est vrai, à peu près que des différences de degrés dans les symptômes qui séparent ces deux affections; par conséquent, l'une peut être

prise pour l'autre, au moins dans les premiers temps. Mais s'en étonnera-t-on en réfléchissant au contact intime des organes dans lesquels elles siègent, à l'analogie de ceux-ci, sinon à leur identité, à la facilité de transmission de l'inflammation de l'un à l'autre, à la fréquence de la concomitance des deux maladies? Non, et, en tous cas, l'erreur de diagnostic serait bien peu préjudiciable, car on doit les poursuivre par un traitement semblable.

Il en est de même de l'ovarite, dont il est généralement impossible de la différencier. On n'a vraiment pour se guider, quand l'organe est venu se placer précisément dans la fosse iliaque, que sa forme et sa plus grande mobilité; on lui imprime des mouvements même en agissant sur l'utérus. Du reste, en examinant la malade à plusieurs reprises, on pourra avoir des données que n'eût pas fournies un seul examen; ainsi quelquefois on ne rencontre plus la tumeur là où elle était la veille, circonstance qui éloigne nécessairement la pensée du phlegmon.

Quant aux tumeurs chroniques des ovaires, l'absence commune de signes inflammatoires les distingue en masse de la phlogose du tissu cellulaire, comme ensuite la variété des degrés de résistance et de matité reconnues par la palpation et par la percussion les font reconnaître entre elles.

La métrite proprement dite est caractérisée par des signes trop tranchés pour que, si elle existe indépendamment du phlegmon iliaque, on puisse croire à la présence de ce dernier.

Je ne ferai pas non plus un diagnostic différentiel de notre maladie et du psoïtis, nom général sous lequel on enveloppe, comme sous celui de *lumbago*, des affections trop diverses. Assurément, les inflammations sous-aponévrotiques de la fosse iliaque, dans l'état puerpéral, sont absolument identiques à certaines espèces de ce genre, et elles seraient qualifiées telles, si elles se montraient dans les conditions ordinaires de santé. Pour moi, il n'y a pas de différence entre cette variété de la psoïte qui consiste dans l'inflammation du tissu cellulaire réunissant les faisceaux des muscles psoas et iliaque, et les phlegmons que j'ai appelés profonds. Même siège, mêmes lésions, mêmes symp-

tômes, n'est-ce pas assez pour caractériser la même maladie? Les causes seulement diffèrent : la lésion puerpérale est le plus souvent produite par la propagation du mal aux tissus sous-aponévrotiques; dans l'autre cas, il y débute d'emblée. Mais est-ce qu'un même effet pathologique n'est pas tous les jours la conséquence des causes les plus variées? autrement il n'y aurait plus de maladies spécifiques, ou plutôt elles le seraient toutes.

Les affections d'organes plus éloignés ont aussi été prises pour des phlegmons iliaques. Il y a tout lieu d'espérer que ces erreurs ne seront désormais plus commises; notons-les pourtant, puisque l'expérience les démontre possibles.

Le déplacement des reins en a été l'occasion. Lorsque cette ectopie s'accompagne d'inflammation, je comprends à la rigueur qu'on se trompe d'abord; mais par un palper attentif, on reconnaîtrait bientôt la forme de l'organe; la percussion viendrait heureusement en aide, et enfin la dépression de la région lombaire compléterait la certitude.

L'hypertrophie du foie aurait aussi produit cette méprise, qu'on eût aisément évitée en constatant la continuité de la tumeur et de l'organe sécréteur de la bile.

Elle pourrait encore être due à l'altération des parties dures, à un ostéosarcome du coxal. L'existence de douleurs vives et profondes antérieurement à l'apparition de la tumeur, la dureté, l'immobilité, les bosselures de celle-ci, le défaut d'augmentation du mal par la pression, l'absence de chaleur, etc., rendraient assez évidente la vérité, pour que l'altération générale de la constitution fût inutile au diagnostic.

Plus la maladie avance et plus il est facile : ainsi, une fois la période de suppuration arrivée, il est presque impossible de la méconnaître; la hernie, l'anévrysme, l'abcès par congestion, et la péritonite circonscrite formant, par des adhérences accidentelles, une poche dans laquelle est logé du pus, ont des caractères propres et tranchés.

Cette variété de péritonite, comme l'affection en général, marche avec plus de rapidité que ne fait ordinairement la phlegmasie cellulaire; ses symptômes sont plus incisifs, la douleur plus superficielle et plus vive à la pression; son étendue est plus grande, la tuméfaction plus évidente au début de la maladie.

L'abcès par congestion n'a été précédé, au point où se manifeste la tumeur, d'aucun accident inflammatoire; elle y a paru molle et fluctuante dès le principe. On la fait assez facilement disparaître par la position et la pression. On ne saurait, il est vrai, tirer grande valeur de ce fait, au cas où la collection s'est formée ailleurs que dans la fosse iliaque elle-même; mais on sera guidé par l'état de la malade avant l'accouchement. Si jamais elle n'a éprouvé aucun symptôme d'affection rachidienne, si sa constitution a été bonne jusque-là, il est bien sûr qu'elle ne porte pas un abcès symptomatique, dont les développements et la marche sont bien plus lents que ceux des phlegmons iliaques.

L'anévrysme est indolent, sans fluctuation, et il présente des battements, ou pour mieux dire, des alternatives de tension ou de dilatation, et d'affaissement ou de resserrement isochrones aux battements du poulx. Quelquefois le phlegmon iliaque est susceptible de battements analogues; cela arrive quand il est placé sur l'artère ou tout à côté d'elle; mais alors il y a un mouvement en masse. C'est une secousse qui à chaque pulsation de l'artère soulève la tumeur; elle ne s'épanouit pas sous la main qui la presse, sa consistance n'augmente pas. Un anévrysme, au contraire, à chaque contraction du cœur, s'étend par l'abord du sang, se dilate dans toutes ses dimensions, repousse dans tous les sens les doigts qui l'embrassent, et au moment où la contraction du ventricule cesse, et où les parois de la poche anévrysmale, revenant sur elle-même, reportent une partie du sang qui les distend dans le torrent de la circulation, il se réduit à un moindre volume, et perd une grande partie de sa consistance. La tumeur augmente, si on comprime le vaisseau entre elle et les extrémités: empêche-t-on, au contraire, l'abord du sang, elle disparaît. Avec des signes

aussi précis que ceux-là, y a-t-il possibilité d'erreur ? Et puis, comme je le disais à propos de l'abcès par congestion, l'état antérieur de la nouvelle accouchée donnera des indications plus précises encore. L'anévrysme ne se développe pas instantanément, tout au plus l'accouchement serait-il apte à augmenter une petite tumeur anévrysmale méconnue jusqu'alors, à faire passer un anévrysme vrai proprement dit à l'état d'anévrysme faux, par la rupture des tuniques artérielles. Dans ce cas, on recourrait, pour le diagnostic, aux signes que nous venons d'indiquer.

Les commémoratifs seraient encore utiles dans le cas de hernie, et pourraient suffire pour trancher la difficulté. Mais on ne saurait conclure de ce que cette affection n'aurait pas été observée antérieurement, que ce n'est point à elle qu'on a actuellement affaire : 1° elle pouvait exister à l'insu de la malade ; 2° elle a pu se former pendant la parturition, ou seulement acquérir un beaucoup plus grand développement. Mais comment alors confondre la sortie des viscères par le canal crural avec l'issue de pus au travers du même conduit ? Dans le premier cas, la tumeur s'est formée pendant l'accouchement et avec promptitude ; elle n'a été précédée d'aucun des désordres qui, dans le second, existent vers la fosse iliaque, et à la suite desquels apparaît, au plus tôt quelques jours après la délivrance, l'abcès symptomatique. La hernie, en outre, présente des degrés différents de consistance ; elle ne contient quelquefois que des gaz, les borborygmes s'y propagent, elle provoque des coliques, des vomissements, etc., etc.

Enfin, la présence de l'urine dans la vessie pourrait-elle induire en erreur ? La fluctuation perçue alors par le toucher vaginal saurait-elle être attribuée à l'abcès, et excuser une opération intempestivement pratiquée ? Je n'hésite pas à répondre négativement. Si la position du liquide à la partie antérieure, si la connaissance du temps écoulé depuis la dernière sécrétion, si des efforts expulsifs, conseillés à la malade afin de vider l'organe, ne donnaient pas de renseignements suffisants, on trouverait dans le cathétérisme un moyen certain d'é-

clairer le diagnostic; le chirurgien dont l'attention n'aurait pas porté vers ce point me paraîtrait fautif. Il le serait également, quoiqu'ayant à plusieurs reprises acquis la certitude de l'existence d'un abcès, de ne pas vérifier, au moment d'opérer, l'état de la vessie. Sa vacuité (je tire d'avance cette conclusion) est donc indispensable.

Il est facile encore de reconnaître quelle voie a prise le pus, quand les foyers s'ouvrent largement dans une des cavités. L'affaissement brusque, la cessation de compression, le besoin d'expulsion, et l'écoulement de la matière par l'une ou l'autre des ouvertures naturelles, sont des indices aussi sûrs que la sortie du liquide par une perforation cutanée. Si l'écoulement est lent, le diagnostic est beaucoup plus embarrassant; il peut l'être surtout chez une femme sujette aux fleurs blanches, ou chez celle qui se trouve actuellement soumise à l'écoulement lochial. Le changement de quantité et de propriétés physiques du liquide sortiront, en général, de la difficulté.

Malgré des recherches très-minutieuses dans des exemples bien constatés d'abcès analogues, on n'a pu arriver à s'assurer du point précis de la perforation. Combien donc ne doit-on pas être attentif, toutes les fois que, par cela même que le pus ne coule pas en quantité suffisante pour faire voir quel chemin il a suivi, on est dans une ignorance absolue. En conséquence, le médecin ne devra pas manquer d'interroger sa malade sur les sensations qu'elle aura pu éprouver; il procédera par lui-même, autant qu'il sera possible, à un examen détaillé; il s'aidera du toucher et du spéculum; il se fera présenter toutes les matières excrétées, pour l'étude desquelles il ne devra négliger aucun des procédés nouveaux dont s'est enrichie la science.

Malheureusement, on n'a guère, pour l'examen des matières fécales, pour celui des écoulements utéro-vaginaux, que l'inspection directe; et la coloration de ces divers produits empêche toujours de discerner des mélanges en très-petite proportion. L'étude de l'urine est beaucoup plus facile; faite d'ailleurs par des hommes éminents, elle est très-avancée aujourd'hui. Comme j'ai répété la plupart de leurs expériences, et en particulier celles de M. Rayet, je demanderai la

permission, quoique cette finesse de diagnostic n'ait peut-être pas une utilité pratique démontrée pour tout le monde, d'énumérer les moyens à l'aide desquels on apprendra, par l'analyse de l'urine, l'ouverture d'un abcès iliaque dans la vessie. Remarquons toutefois qu'ils peuvent seulement démontrer la présence du pus dans ce liquide, pus produit aussi bien par des maladies propres à l'appareil urinaire, par la cystite, par des abcès des vésicules séminales, de la prostate, etc.; mais s'il reconnaît quelqu'une de ces causes, les symptômes propres à chacune la révéleront. En leur absence, la constatation du pus dans les produits de la sécrétion rénale, un engorgement inflammatoire de la fosse iliaque existant, ne laissera pas de doute sur la terminaison de celui-ci.

Les caractères du mélange de ces deux liquides devant d'ailleurs être nécessairement connus pour que nous discutions l'essence de la maladie, nous aurions de toutes façons besoin d'y consacrer quelques lignes : je crois préférable de les placer ici.

Si la proportion du pus est considérable, la liqueur est blanchâtre ou lactescente au moment de l'émission. Peu après, il s'y forme un dépôt opaque, d'un blanc mat et laiteux, ou légèrement jaunâtre; au-dessus, elle est transparente ou à peine trouble, comme du petit-lait. Elle devient alcaline par le contact de l'air, beaucoup plus rapidement que l'urine normale. Dès lors le dépôt est filant, visqueux, et adhère au fond du vase et dégage l'odeur ammoniacale. Soumise à l'ébullition, elle donne un coagulum qui abandonne par l'éther une grande quantité de matière grasse. L'alcool et les acides en coagulent également l'albumine. La potasse caustique convertit le dépôt en un liquide blanc, homogène, visqueux et filant. Traité par l'ammoniaque, il devient de même filant et glaireux.

Tous ces caractères peuvent manquer, et ils manquent nécessairement si le pus entre en quantité infiniment petite dans la masse totale. Examinée au microscope, avant la putréfaction, elle présente, outre les éléments normaux de l'urine, des globules la plupart réguliers, sphéroïdes de  $\frac{1}{100}$  de millimètre de diamètre, à contours légèrement

frangés, quelque peu analogues à de petites balles de coton. Ils nagent librement dans un liquide et se composent de particules plus petites : sous une enveloppe transparente, on distingue de petites granulations généralement au nombre de trois. Ils ressemblent beaucoup aux globules muqueux ; notons pourtant que les premiers sont isolés, tandis que les seconds, pour peu qu'ils abondent, sont réunis en magma. Toutefois, il ne faut pas se faire illusion sur la valeur de ces signes de plus et de moins. Il est besoin alors d'aider l'une par l'autre l'analyse microscopique et l'analyse chimique. La liqueur douteuse étant filtrée et traitée sur une lame de verre par l'acide nitrique, il s'y forme, si elle contient du pus, de petits grumeaux d'un blanc laiteux, et qui, examinés au microscope, semblent formés par les globules du pus agglomérés et enchevêtrés dans l'albumine coagulée. Le même mélange étant traité par l'éther, on voit après l'évaporation, vers la circonférence du dépôt, une quantité notable de matière grasse.

#### *Pronostic.*

Toute affection qui suit les couches est grave par le fait même des circonstances dans lesquelles elle arrive. La femme, depuis neuf mois, remplissait des fonctions tout à coup supprimées ; déjà l'état de grossesse lui avait donné une susceptibilité qui la rendait bien plus sensible aux causes de maladies : que sera-ce maintenant qu'elle vient d'être soumise à un aussi violent ébranlement ? Les grandes évacuations qui ont lieu alors ajoutent leur influence à l'épuisement nerveux. Les fonctions préparées par la nature pendant les derniers temps de la gestation sont si nouvelles encore que la moindre lésion des organes agit sur elles et les suspend. On se le rappelle, leur suppression est inhérente à l'engorgement inflammatoire de la fosse iliaque, et pourtant elles sont nécessaires à la conservation de la santé de la nouvelle accouchée : de là surtout naît le danger. La mortalité, en effet, est bien moindre dans les maladies analogues survenues hors l'état

puerpéral. Durant celui-ci, elle serait même, selon certains auteurs, inévitable une fois sur deux : c'est trop. Je crois à l'exactitude de leurs chiffres, car s'il est dans la nature humaine d'exagérer, il n'entre guère dans les habitudes du médecin d'augmenter le nombre de ses échecs; mais j'ai aussi la conviction (et elle est basée sur des preuves cliniques), qu'en d'autres mains, la statistique est plus consolante pour qui a foi en la thérapeutique. Quant à poser des proportions nouvelles, je ne le tenterai pas; des faits plus nombreux que ceux que nous possédons me démentiraient peut-être à mon tour. Il faut des centaines d'observations pour légitimer l'emploi des chiffres. Je puis être sûr du moins qu'ils n'infirmeront jamais les conclusions suivantes :

A aucune époque, la maladie ne fera porter un pronostic désespéré.

Si, dès le début, on doit se tenir en garde contre les événements et chercher à les prévenir, au moins n'y a-t-il lieu de concevoir des inquiétudes sérieuses que quand la période de suppuration est arrivée. Jusque-là le phlegmon ne présente pas de danger par lui-même; il en offre seulement dans l'avenir. On en calculera les chances par l'acuité des symptômes, par les dimensions de la tumeur, par l'intensité de la réaction, par la résistance aux agents thérapeutiques déjà employés. S'il y a tout d'abord amendement, il est légitime d'espérer qu'on obtiendra la résolution, terminaison la plus heureuse de toutes.

Les mêmes remarques serviront de base au pronostic pendant la formation du pus. La position superficielle de la tumeur, sa tendance à s'ouvrir par la peau de la région iliaque, seront considérées comme avantageuses. Alors, en effet, on a presque certainement affaire à un phlegmon sous-péritonéal, lequel est bien moins grave que l'engorgement sous-aponévrotique : alors le foyer tend à se circonscrire sur un petit espace, et le chirurgien est à même d'intervenir avant que de grands décollements se soient opérés. C'est à cette condition surtout que je regarde la tendance de l'abcès à s'ouvrir par la peau comme heureuse; car autrement, il conserverait tous les inconvénients

de l'ouverture dans les intestins sans en avoir les avantages. Le pus ayant une très-petite issue, fuserait au loin et irait faire, dans les points déclives, de nouvelles collections entraînant la nécessité d'autres solutions de continuité. Plus le nombre de celles-ci est grand, plus le pronostic est fâcheux. Les qualités du pus qu'elles fournissent sont aussi à considérer. On sait les caractères de la *matière louable*; son altération est toujours inquiétante. L'introduction de l'air dans le foyer est chose très-grave. On doit tout craindre de la résorption purulente, de la persistance de la sécrétion, du marasme et de l'affaissement qu'elle entraîne.

L'expulsion par l'intestin est avantageuse si l'abcès est petit et placé au voisinage de ce canal; mais si au contraire la matière n'y est arrivée qu'après de grands décollements, on doit cesser de la considérer comme telle. La déclivité du foyer n'est pas une compensation suffisante pour la faire, dans l'universalité des cas, préférer à l'ulcération cutanée.

La sortie des produits pathologiques par le vagin paraît très-désirable; elle a, en effet, été heureuse dans presque tous les cas.

On ne peut émettre, aujourd'hui, aucune opinion fondée sur le pronostic que doit faire porter leur issue par la vessie, par l'utérus. Il faut attendre.

La gangrène légitime les plus vives inquiétudes, et pourtant il est encore possible, même quand elle a mortifié une partie des tissus de la fosse iliaque, que la malade soit rendue à la santé.

La concomitance d'une péritonite augmente la gravité du pronostic de tout le danger qu'entraîne avec elle cette phlegmasie. La péritonite, par épanchement surtout, n'est-elle pas presque instantanément mortelle ?

Il est utile de savoir que l'engorgement du membre doit longtemps rester; c'est quelquefois une incommodité à laquelle la malade est condamnée pour le reste de ses jours.

Les déplacements ultérieurement possibles entraînent chacun les

inconvéniens et les maux qui leur sont propres , indépendamment de l'affection première.

*Étiologie. — Nature intime.*

Si quelque chose reste obscur dans l'histoire des maladies , ce sont presque toujours et leurs causes et leur nature. Ici, en effet, l'observation devient insuffisante; elle fait seulement remarquer certaines coïncidences entre des circonstances extérieures et les maladies elles-mêmes. La fréquence des rapports conduit ensuite naturellement à considérer les phénomènes pathologiques comme la conséquence des accidens qui les ont précédés. Ainsi, presque toujours les premiers symptômes du phlegmon iliaque apparaissent après une impression de froid. Je n'en doute pas : il y a une relation de causalité entre l'un et l'autre , c'est chose évidente pour tout le monde, satisfaisante même pour beaucoup ; mais, je l'avoue, il m'est pénible de m'en tenir à l'expression d'un fait si général. Dire : le froid est la cause ordinaire du phlegmoniliaque, c'est assurément dire bien peu, car il est aussi la cause ordinaire du rhumatisme, de la pleurésie, de la pneumonie, etc. Cette impression et la maladie sont séparées par quelque chose qui nous échappe. C'est ce quelque chose qui reste à déterminer. Il faudrait savoir pour quoi de dix femmes exposées à la même influence, cinq n'en éprouvent aucun effet désavantageux, et les cinq autres contractent des phlegmasies diverses. Dans notre impuissance de mieux faire, nous recourons à des idiosyncrasies, à des dispositions particulières, à des prédispositions, mots heureusement inventés pour servir de voile à notre ignorance.

Avouons-le donc : la cause intime des engorgemens est inconnue ; nous pouvons tout au plus énumérer quelques circonstances qui paraissent en favoriser le développement, encore sont-elles bien obscures.

L'âge, la constitution, le tempérament, sont surtout dans ce cas. Les

rares auteurs qui, à propos de dépôts laiteux, ont dit un mot relatif à l'étiologie, ont parlé (il est facile de le voir) bien plus conformément à des idées préconçues qu'en raison d'une généralisation logiquement déduite de faits assez nombreux. Les femmes pléthoriques, mangeant beaucoup, faisant peu d'exercice, leur paraissent (pour parler le langage voulu) douées d'une prédisposition particulière. L'observation ne m'a pas confirmé ces assertions.

Je n'attache guère plus d'importance, jusqu'à vérification, à l'opinion de A. Petit, relativement aux saisons : selon lui, les dépôts sont plus communs dans l'été, à cause du peu de soin que les femmes prennent de se garantir de l'air extérieur. Rien ne m'est moins prouvé.

Pour en finir avec les causes prédisposantes, notons que la grande majorité des phlegmons puerpéraux se rencontrent chez des primipares.

Quant à celles, qu'en style de l'école on appelle *déterminantes* nous ne les connaissons pas beaucoup mieux. A part le froid, toutes sont entachées d'incertitude. En général, elles paraissent être celles qui précèdent ordinairement la métrite, c'est-à-dire les difficultés du travail, l'introduction de la main et du forceps dans la cavité utérine, le séjour d'enfants morts, les délivrances tardives, les excès de tous genres, les vives émotions morales, etc. etc.

Y aurait-il donc une relation entre la métrite elle-même et la phlegmasie du tissu cellulaire? Nous voilà arrivés à un point capital de l'étiologie. M. le docteur Grisolle, examinant la question, groupe le petit nombre d'histoires authentiques dans lesquelles la coïncidence a été remarquée. Il les écrase ensuite de la proposition suivante : « Dans madame Boivin et Dugès, on ne trouve aucun cas de transmission d'inflammation au tissu cellulaire du bassin, après les maladies de l'utérus. » Puis se grandissant de toute la hauteur de ce piédestal, il dit : « Les faits connus ne sauraient autoriser les auteurs à dire que les annexes de l'utérus et les ligaments larges, en particulier, sont le point de départ des phlegmons iliaques consécutifs aux couches. »

La conclusion de M. Grisolle porte sur une partie seulement de la

question. Que l'inflammation naisse entre les deux replis du ligament large, ou bien à quelques centimètres plus loin, dans la fosse iliaque, n'est-ce pas toujours le même tissu qui en est affecté? Ici et là, l'organisation cellulaire est une. Il y a continuité et identité telles, que nous n'avons pas pu trouver des symptômes d'après lesquels il fût possible, en raison de cette légère variété de siège, de décrire deux phlegmons différents. L'inflammation part-elle de la matrice? Voilà sur quoi il importait de prononcer. Or, si dans l'ultimatum, cité plus haut, M. Grisolle n'en fait rien, il est facile de déduire son opinion des raisonnements qui précèdent, et surtout de l'appui qu'il demande à madame Boivin. M. Grisolle ne croit pas à l'influence de la phlogose utérine sur la production des abcès iliaques; et il se fonde sur ce que madame Boivin ne rapporte aucun cas de transmission d'inflammation au tissu cellulaire du bassin, après les maladies de l'utérus : mais, en vérité, je ne conçois pas comment M. Grisolle trouve là une preuve en faveur de son opinion. Madame Boivin et Dugès se hâtent de prévenir les lecteurs (préface, p. 8) qu'ils laissent de côté tout ce qui appartient immédiatement à la grossesse et à l'état de couche. La métrite puerpérale est l'objet d'un seul chapitre. Les déplacements, les cancers, les ulcérations, les productions accidentelles, toutes affections essentiellement chroniques, ne s'accompagnent pas de phlegmons iliaques. Je le crois bien. Mais quel rapport y a-t-il entre tout cela et l'état puerpéral? La grande faute de M. Grisolle est d'avoir tout réuni dans un même ensemble, sans distinction aucune.

Laissant donc de côté la question de savoir si l'inflammation de l'utérus dans l'état de vacuité peut accidentellement donner naissance à des abcès pareils à ceux que produit l'hypérémie du colon ou du cœcum, question tout en dehors de mon sujet, tâchons de trouver l'influence de cette même phlegmasie sur ceux qui suivent l'accouchement.

Celle de l'organe pris en masse, la seule qui était connue jusque dans ces derniers temps, ou plutôt pour laquelle on en prenait les diverses variétés, s'étend presque toujours, on le sait, à la tunique péritonéale. La métrô-péritonite constitue, en effet, les trois quarts

des inflammations du bas-ventre, fait particulier en rapport, du reste, avec la loi générale de transmissibilité de l'élément inflammatoire d'un tissu à un autre. Elle est d'autant plus facile que ceux-ci se rapprochent plus par leur structure. Or, le péritoine et le tissu cellulaire ont une organisation analogue; Haller et Bichat l'ont prouvé. Admettre *à priori* la possibilité de transmission d'inflammation de celui-ci à celui-là, c'est donc accepter une déduction logique. On objecte que, dans toutes les nécropsies, on ne trouve pas de métrite; cette remarque est vraie, mais elle n'a pas de valeur, car je n'avance pas que toute suppuration du bassin soit la conséquence d'une inflammation utérine, je dis seulement qu'elle peut quelquefois reconnaître cette cause. Alors les faits négatifs ne prouvent rien. Et puis, les caractères anatomiques d'une matrice phlogosée sont-ils si tranchés? Est-il toujours bien facile de distinguer ces altérations pathologiques de l'état normal (dans la puerpéralité, bien entendu)? Peut-on s'aider de l'augmentation de volume de l'organe, de sa consistance, de la présence d'un reste de sang? Madame Boivin et Dugès, qu'on n'accusera certes pas d'ignorance, auxquels on n'adressera pas le reproche d'avoir manqué d'occasions de faire des recherches à cet égard ou de les avoir négligées, me défendraient suffisamment contre ceux qui seraient tentés d'attribuer à une impéritie personnelle la remarque précédente; car, selon eux-mêmes, la métrite est quelquefois très-difficile à reconnaître. Quant aux symptômes qui l'auraient fait diagnostiquer pendant la vie, ne peuvent-ils pas manquer comme ceux de toutes les phlegmasies latentes? Ne peuvent-ils pas être cachés par les signes d'une autre affection? Ne peuvent-ils pas être regardés par la jeune mère comme inhérents à son état, ou méconnus enfin par un accoucheur et surtout par une sage-femme d'une instruction médiocre?

En résumé : 1° L'absence ou la non-constatation des symptômes ordinaires et des lésions anatomiques de la métrite ne prouve rien contre l'existence de cette affection antérieurement à la formation d'un phlegmon iliaque. 2° Quand elle existe, elle peut produire celui-ci : la physiologie et la pathologie le démontrent.

Les travaux modernes nous ont appris qu'outre l'inflammation du tissu propre de l'utérus, inflammation parenchymateuse, si j'ose dire, car je ne veux rien préjuger sur sa nature, il existe des phlegmasies spéciales à ses divers éléments constitutifs. Ces découvertes sont même venues diminuer considérablement le nombre des métrites proprement dites, amoindri successivement par la phlébite et par la lymphatite. Quelle part prend chacune à la production de notre maladie ?

La phlébite adhésive peut, au premier coup d'œil, sembler en être une cause fréquente. Je ne le crois pas. L'existence constante, nécessaire, de ce phénomène à la suite de toute parturition, serait sans doute un motif de le supposer; mais on doit en être détourné par les considérations suivantes : La coagulation de caillots sanguins dans les vaisseaux qui répondent à l'insertion du placenta, leur adhérence aux parois, et par conséquent l'oblitération du calibre de ceux-ci, sont des faits physiologiques. Ils tendent à ramener à l'état normal l'organe modifié comme il le fallait pour l'accomplissement de la fonction. Aussi, généralement, l'inflammation reste dans les limites voulues, comme celle qui siège sur la surface d'une grande plaie, à la suite d'une amputation de membre, par exemple; mais comme celle-ci, elle peut passer les bornes physiologiques et entrer dans le domaine de la pathologie. De même que l'une cesse d'intéresser seulement l'extrémité des vaisseaux et va se propageant le long de leur trajet sur tout le membre, l'autre, bornée ordinairement aux cotylédons utérins, c'est-à-dire à la surface mamelonnée qui répond à l'insertion du placenta, s'étend quelquefois profondément aux veines voisines. Intéresse-t-elle les veines iliaques, primitive, interne et externe? elle amène l'œdème douloureux. Si la maladie a gagné par cette dernière les circonflexes iliaques, et par conséquent les branches qu'elle reçoit de la fosse du même nom, ou par l'obturatrice celles qui s'ouvrent dans ce vaisseau; si elle porte plus spécialement sur la réunion des diverses racines des ovariques entre les feuillets du ligament large, on conçoit l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire de la fosse iliaque dans le premier cas, du ligament dans le second. Or, nous l'avons prouvé

plus haut, cette minime différence de siège n'est d'aucune importance. *On conçoit*, ai-je dit. En effet, la propagation de l'inflammation est possible là comme partout ailleurs; elle peut s'y limiter et y former un abcès. La phlébite adhésive est donc encore une des causes du phlegmon iliaque, mais ce n'est pas une des plus fréquentes; quand elle est suivie de suppuration du système capillaire, celle-ci est plutôt large, diffuse, non réunie en foyer.

Les mêmes conclusions me paraissent se déduire de l'observation et des raisonnements appliqués à l'étude de la phlébite suppurée, mais toujours locale, toujours bornée par des caillots solides et exempts d'infiltration sanieuse. Assurément, si le premier degré d'une maladie peut en produire une autre, à bien plus forte raison le second y donnera-t-il naissance. En outre, l'existence même du pus dans un organe n'est-elle pas une circonstance qui en facilite ailleurs la formation?

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques doit être de beaucoup le plus fréquent des intermédiaires possibles entre la cause première des désordres et l'engorgement cellulaire. Cette phlegmasie, en effet, est, après la phlébite adhésive, la plus commune de toutes celles de l'utérus. Or, cette dernière est normale. Par extension seulement, elle devient pathologique et cause de lésions nouvelles. La lymphatite, au contraire, est toujours morbide. C'est donc la plus fréquente des maladies puerpérales. Premier fait. Un second a été également révélé par les autopsies : généralement elle ne dépasse pas les ganglions lombaires. Ces petits organes semblent une barrière qui confine la phlogose dans l'espace compris entre eux et la matrice. Quoi de plus simple que sa propagation à l'atmosphère au sein de laquelle ils parcourent ce trajet! Elle paraît si naturelle à tout le monde qu'on a précisément tiré argument contre les magnifiques travaux de M. le professeur Cruveilhier des cas dans lesquels elle manquait. Une fois produite, elle est susceptible de prendre toutes les formes connues, et cela indépendamment de la marche ultérieurement suivie par l'affection première. Quoique celle-ci baisse et se guérisse, elle pourra fort bien, au lieu de se résoudre avec elle, ce qui arrivera dans la majorité des cas,

croître, tantôt sur le trajet des vaisseaux, tantôt en s'épanouissant de droite et de gauche, tantôt en embrassant seulement une portion bien circonscrite, d'où le phlegmon; puis, si la formation du pus en est la conséquence, on le trouvera, selon ces variétés, à la surface externe des vaisseaux, largement infiltré, ou réuni en abcès. Que la malade guérisse, rien ne fera soupçonner cette étiologie; qu'elle meure, on n'y songera pas davantage, car, lors de l'autopsie, les traces de l'altération des lymphatiques auront depuis longtemps disparu; si même ils étaient encore remplis de pus, on serait tout disposé à en attribuer la présence à l'absorption.

L'altération des symphyses sacro-iliaques ne peut-elle pas être primitive aussi, et devenir l'occasion des mêmes accidents?

Les inflammations diverses que nous venons d'énumérer prennent donc une part énorme à la production de l'engorgement iliaque. Elles rendent suffisamment raison de la majorité des cas. Je ne prétends pas dire cependant qu'elles les précèdent de toute nécessité; cette manière de voir serait fausse comme l'opinion exclusive contraire. Pourquoi, en effet, le phlegmon ne se produirait-il pas d'emblée dans la fosse iliaque? Nous le voyons bien apparaître en toute région du corps, sans inflammation antécédente; il se manifeste dans celle-ci même, chez les femmes pendant la vacuité et chez les hommes. Il faudrait rejeter les conclusions de la plus naturelle analogie pour se refuser à admettre qu'il puisse naître également chez une femme en couche. En vertu de quel principe chacune des causes qui le détermine alors ne le produirait-elle pas actuellement? Bien plus, elles agiront avec des probabilités dix fois pires, en vertu de la prédisposition de l'état puerpéral; cela n'est pas douteux, du moins pour celles qu'on appelle traumatiques. Un coup, une chute, une pression forte sur la région iliaque, déterminent dans l'état de santé bien moins aisément une phlegmasie que lorsque tous les organes du bassin, sont, par le fait de la congestion, dans un état si favorable au développement de celle-ci. Mais réfléchissez à la rareté de coïncidences pareilles; rap-

pelez-vous la fréquence des inflammations utérines, et vous verrez si les causes traumatiques donnent lieu à beaucoup d'engorgements du bassin.

Quant aux autres, dites internes, inconnues dans leur essence et leur manière d'agir, elles nous échappent ici comme dans la formation du phlegmon commun. L'invasion de toutes les maladies spontanées<sup>(1)</sup> est enveloppée de mystères. Cependant, à la faveur des connaissances acquises sur les changements physiologiques dus à la gestation, nous pouvons apporter quelque lumière à l'étiologie des phlegmons iliaques, qui n'ont été provoqués, ni par une violence extérieure directe, ni par l'extension d'une phlegmasie.

Depuis neuf mois, l'utérus est un centre de fluxion vers lequel arrive une grande quantité de liquides. Les organes voisins y participent nécessairement, et le dégorgement qui accompagne l'expulsion du fœtus n'est jamais capable de les rendre de suite à l'état normal. Ils ont éprouvé des modifications trop considérables pour y revenir instantanément; les vaisseaux développés au point d'être vingt fois plus volumineux conservent, malgré le retrait immédiat, un calibre tel que le sang est encore appelé abondamment. N'afflue-t-il pas, en outre, en raison de l'habitude acquise? Ne faut-il pas un certain temps à l'économie pour qu'une fonction devenue normale cesse de s'opérer? Or, cette hyperémie aide puissamment à la formation du phlegmon. C'en est, si j'ose dire, un premier degré, comme la phlébite adhésive nécessaire à la réparation de la muqueuse utérine conduit à une phlegmasie vasculaire plus profonde. Elle favorise d'une façon incontestable l'action des causes précédentes, et, à leur défaut, toute seule, sans doute, elle peut s'élever à la hauteur de l'inflammation. Tant qu'aucun accident ne vient entraver les suites de couches, le dégorgement se

---

(1). Ai-je besoin de faire une profession de foi sur la valeur du mot. Laplace a dit : Une chose ne peut commencer d'être sans une cause qui la produise. Cet axiome, connu sous le nom de *principe de la raison suffisante*, s'étend à tout. *Spontanées* signifie donc seulement dont la cause nous échappe.

faisant par les lochies au fur et à mesure de la congestion, il y a peu de chances de voir les choses arriver là; mais si l'écoulement est subitement arrêté, on conçoit combien devient facile le passage à l'état morbide.

Si l'écoulement est subitement arrêté, ai-je dit: en effet, la suppression des lochies peut être le premier phénomène pathologique. Bien souvent, je le sais, elle est produite consécutivement à la maladie, qui l'explique assez par la révulsion qu'elle opère, comme font toutes les phlegmasies violentes; souvent encore les symptômes de celle-ci échappent, et on est disposé à en nier l'existence. *Post hoc, ergo propter hoc*. Les lochies ont cessé de couler: c'est le premier trouble fonctionnel aperçu. On lui impute tous ceux qui deviennent ensuite appréciables. Qu'importe qu'ils aient préexisté sourdement. Il eût fallu se donner trop de peine pour les reconnaître: ainsi, qu'une inflammation de la matrice soit la cause première de la cessation de l'écoulement puerpéral, comme, dans le principe, elle n'est pas évidente, on ne la soupçonne point; mais ses symptômes s'aggravant, il vient une heure à laquelle la lumière frappe les yeux les moins faits pour voir, et la métrite est reconnue par tous. Fidèles à l'ordre d'aussi grossiers diagnostics, nos prédécesseurs ne manquaient pas de regarder la phlegmasie utérine comme effet. Aujourd'hui la faute signalée, les esprits systématiques tomberaient volontiers dans l'exagération contraire, en décrétant l'impossibilité d'une suppression non déterminée par un travail phlegmasique. Sans doute, il est plus commode à la paresse humaine de voir partout et toujours un même fait; mais l'observation nous y autorise-t-elle?

Si donc on cherche sans idées préconçues, on ne manquera pas de rencontrer des femmes qui, saisies par une violente émotion morale, ou par l'impression du froid, voient se suspendre tout à coup l'écoulement lochial, avant qu'aucune altération organique ait pu se produire et en rendre compte. Sans doute, la première de ces causes agit sur la totalité de l'économie; elle trouble l'ensemble des fonctions, et cette excrétion étant la plus nouvelle, et par conséquent la moins bien

établie de toutes, est aussi la plus violemment ébranlée. La seconde s'exerce tantôt généralement, et alors son mode d'action est analogue; tantôt localement: dans ce cas, elle arrête le flux comme des applications froides suspendent une hémorrhagie. Ces faits diffèrent-ils donc de la suppression des menstrues, journellement due aux mêmes influences? C'est encore d'une façon absolument semblable que peut se suspendre ou manquer de se produire (phénomène identique) la fonction laiteuse.

La cessation de ces deux sécrétions, comme accidents primitifs, admise ainsi par les anciens dans l'universalité des cas, ils en donnaient des explications, et tiraient des conséquences déplorablement fausses. Voyant d'abord dans les lochies une matière laiteuse (première erreur), ils la faisaient ensuite (seconde rêverie) voyager dans toute l'économie, puis produire, selon qu'elle se fixait ici ou là, des dépôts plus ou moins graves. Toute maladie survenue dans l'état puerpéral était un lait répandu. La nôtre n'avait pas le privilège de l'exception. Un mot donc sur ces idées vieilles, mais non usées, abandonnées par tous les hommes instruits, et enracinées cependant au milieu des croyances vulgaires de toute la force d'un préjugé sanctionné par l'autorité de grands noms.

Haller, Jaeger, Berendt, Embser, Roemer, Ratzky, Pujol, André, Joseph, Sachtleben, Rust, Hunter, Asalini, Sœmmering, Lorry, Planchon, Gastellier, se sont surtout constitués les défenseurs des métastases laiteuses; or, elles devaient tomber, et elles sont tombées, en effet, devant des connaissances physiologiques nouvelles, et devant la disposition des esprits à réduire à ses derniers termes, par une analyse scrupuleuse, tout ce que l'observation et l'expérience peuvent fournir, c'est-à-dire à ne pas juger un fait par la forme, mais par le fond; il suffisait même d'un raisonnement pour ruiner tout l'édifice de ces théories. Prenez les définitions des auteurs: « Le dépôt laiteux consiste dans la réunion, en un point quelconque de l'économie, du lait qui cesse d'arriver aux seins; la métastase, c'est le transport de ce fluide au lieu anormal. » Ainsi la fièvre de lait ne se manifeste pas; les

organes par lesquels la nature pourvoit ordinairement à la nourriture de l'enfant ne subissent point le gonflement accoutumé, et en même temps il existe quelque part une tumeur inflammatoire. C'est, vous répond-on imperturbablement, que le lait a été arrêté dans son cours naturel, il s'est répandu, et une fois sorti de ses vaisseaux, il peut produire les plus grands malheurs, prenez garde!... oui, prenez garde, il y a lieu de combattre, mais ce n'est pas contre la chimère qu'il faut tourner vos armes : attaquez vivement la phlegmasie, et en cela, du reste, vous agirez conformément aux principes de ces mêmes auteurs de l'humorisme, qui, presque tous bons praticiens, avaient le bonheur d'oublier les théories au lit de leurs malades pour se laisser guider par les indications. Les seins n'accomplissant pas leurs fonctions, aucun organe n'est capable de les suppléer; donc il n'y a pas de lait sécrété. Et voilà ce quelque chose qui n'existe pas, qui va produire tous les maux dont on l'accuse! En vérité, c'est faire trop céder la logique au besoin d'expliquer. Pendant qu'on était en train de créer, on eût dû au moins donner à quelque nouvel organe la faculté de sécrétion. Ceci accepté comme article de foi, le transport du lait en nature eût pu être admis *à priori* jusqu'à vérification expérimentale. La théorie aurait de même été en opposition avec les vérités physiologiques, mais du moins elle n'eût pas heurté la plus simple notion du raisonnement.

Lorsque le phlegmon se forme après l'établissement de la fonction laiteuse, il est en apparence moins absurde de croire à la métastase. Cependant elle n'est pas plus réelle; car, pour que ce liquide pût produire les maladies indiquées, il faudrait que, existant tout formé dans les seins, il fût tout à coup répercuté par une cause quelconque, physique ou morale, et que leur affaissement subit fût le premier phénomène: or, il n'en est rien. La cause, s'exerçant généralement, porte son action sur toute l'économie, et des troubles généraux précèdent toujours l'affaissement. Il arrive donc alors, non par une soustraction de lait, mais par l'absence des matériaux qui doivent servir à sa sécrétion; le sang, en d'autres termes, cesse de monter aux glandes

mammaires, soit en raison de la révulsion opérée par l'inflammation déjà existante, soit même sous l'influence de la cause générale qui a perverti toutes les fonctions, et spécialement altéré la plus sensible. C'est absolument le même phénomène que dans le premier cas. La fluxion sanguine mammaire ne se fait pas; le lait n'est point produit. Saurait-il donc engendrer quelque chose?

Quant à l'action locale du froid sur les seins, elle n'a plus rien de commun avec la maladie qui nous occupe; les engorgements qu'elle y produit ont été, comme toutes les autres affections puerérales, attribués au lait répandu. Leur nature inflammatoire est aussi bien hors de contestation que celle des dépôts iliaques.

Il suffit, en effet, d'ouvrir une de ces tumeurs pour trancher la difficulté. Si elles étaient dues au lait, que devrait-on y trouver? du lait, sans doute. Aussi les anciens, devenus cette fois bons logiciens, mais aux dépens de leur esprit d'observation, en ont-ils rencontré souvent. La nature humaine a donc bien changé, car aucun médecin n'a ce hasard aujourd'hui. Non, pas plus au XVIII<sup>e</sup> qu'au XIX<sup>e</sup> siècle, le lait n'a existé dans le ventre ou dans la cuisse; on l'y voyait alors, parce qu'on en avait besoin. Il fallait qu'il y fût pour confirmer les théories; il y *était*. Déplorable effet de la prévention, qui mettait devant les yeux de nos devanciers un bandeau assez épais pour qu'au travers ils ne distinguassent plus les caractères du lait de ceux du pus. La présence de ce dernier liquide, en effet, était le témoignage irrécusable de la justesse de leurs vues. Chose étrange encore! ils admettaient volontiers que, dans le principe, la tumeur était inflammatoire; au moment qui est véritablement la période de suppuration apparaissait seulement l'élément tout-puissant de la maladie; le lait produisait tous les accidents, mais il était visible, ou du moins la matière qu'ils croyaient telle, quand déjà leur apparition datait de dix ou quinze jours. L'effet précédait donc la cause.

Un dernier mot sur cette matière; critérium des fables antiques, elle le mérite par son importance d'emprunt (importance d'emprunt :

comme cause première du mal ; nous savons trop la gravité de la supuration pour l'entendre autrement).

Je ne m'arrêterai pas à différencier le lait du pus. Quand ils se présentent avec leurs caractères respectivement normaux, il y a trop de distance pour admettre qu'ils puissent être pris l'un pour l'autre.

On conçoit moins difficilement la méprise dans les cas d'altération. Le pus, devenu séreux, floconneux, peut présenter quelque analogie avec du lait caillé. A bien plus forte raison était-elle possible lors des mélanges avec d'autres liquides, urine, sérosité, par exemple. Ces fluides avaient perdu, par l'addition d'une plus ou moins grande quantité de pus, leur limpidité ordinaire. Ils avaient pris une apparence lactescente, et de cette apparence même venait la consécration expérimentale des urines, des phrénésies, des péripneumonies, des péritonites laiteuses.

Avec les procédés actuels d'observation, on est désormais à l'abri du doute dans les circonstances les plus épineuses. Nous avons indiqué, page 53, les caractères chimiques et microscopiques du pus. Le lait en a d'aussi tranchés, et, pour ne parler que de son élément spécifique, les globules sont à une distance telle de ceux du premier liquide, que, quand on aura vu une fois les uns et les autres, on les reconnaîtra toujours. Or, on soumet en vain à l'analyse les produits fournis par les abcès de la fosse iliaque ou de toute autre région à la suite de l'accouchement, ceux des sécrétions pleurétiques et péritonéales, les lochies et l'urine : quel que soit leur degré d'altération, on n'y rencontre jamais un seul globule laiteux. Il a été fait grand bruit d'un ou deux cas dans lesquels on les avait évidemment trouvés, mais on n'a pas tardé à reconnaître qu'on avait été dupe des malades, par la main desquelles les mélanges avaient été opérés après coup.

En dernière analyse :

1° Il n'existe point de dépôts laiteux, de laits répandus, de métastases laiteuses.

2° Les engorgements consécutifs aux couches, quoique marqués dans leur marche, dans leurs terminaisons, dans leur gravité, comme

toutes les maladies qui se présentent alors, du sceau de la puerpéralité, n'en sont pas moins de nature essentiellement inflammatoire.

3° Ils trouvent, en partie, leur raison d'existence dans les changements anatomico-physiologiques de l'organisation.

4° Les phlegmasies utérines diverses, et spécialement la lymphatite, les produisent souvent.

5° Le passage du chaud au froid en est l'occasion la plus fréquente.

#### *Traitement.*

Le vrai médecin devant avoir sans cesse présentes à l'esprit les éventualités de maladies se conduira toujours comme si elles menaçaient les personnes confiées à ses soins. Ce n'est pas assez d'avoir un arsenal rempli d'armes pour le combat, il faut encore que la sentinelle veille. Ainsi, apercevant le mal à l'invasion, il a le temps de proportionner la défense à l'attaque, et la vie n'est pas brisée au premier choc. Non-seulement par ses précautions il diminuera la gravité des coups, souvent même il les évitera. C'est le but entier de l'hygiène, espèce de traitement anticipé de toutes les affections. Appliquée aux femmes en couches, elle est plus nécessaire que jamais. La susceptibilité à contracter les maladies si exaspérée alors, en démontre surabondamment le besoin. On ne transgressera donc aucun des préceptes, auxquels on a généralement reconnu bon de se conformer; on évitera, par-dessus tout, l'impression du froid; et si malgré les soins les plus attentifs la maladie se développe, on sera en partie consolé des nouveaux maux qui menacent la pauvre mère, par la satisfaction, toujours si douce, de n'avoir négligé aucun des moyens qui semblaient devoir l'en garantir.

Plusieurs auteurs en ont conseillé dans ce but d'autres que ceux du ressort de l'hygiène. Ainsi, quelques-uns pratiquaient une saignée au pied, vingt-quatre heures après l'accouchement. Levret prescrivait immédiatement à la suite de la fièvre l'usage du sel de duobus. Il l'administrait à la dose de 2 scrupules à 2 drachmes, en dissolution dans

un véhicule quelconque, bouillon, tisane ou lavement. Je crois superflu l'emploi de ces agents préventifs, tant que l'on n'observe aucune irrégularité dans la succession des phénomènes accoutumés. Sans doute une saignée, peut-être même des minoratifs, pourront enrayer, par hasard, le développement d'un phlegmon, mais ce n'est pas chose tellement commune qu'on doive, à tort et à travers, soumettre toutes les femmes à leur usage. La thérapeutique commence aujourd'hui à se formuler en préceptes rigoureux; elle ne saurait se prêter à ces pratiques aveugles.

Nous avons d'ailleurs supposé le médecin prêt à agir au premier signal. C'est, en effet, une des conditions *sine qua non* du succès. Il lui est assuré, s'il possède en outre une fermeté suffisante, ce courage qui est la véritable prudence.

La maladie dont nous venons d'essayer de tracer le tableau étant de nature inflammatoire, la nécessité du traitement antiphlogistique est d'une évidence triviale; aussi tout le monde la reconnaît. Sa gravité étant grande, on est d'avis unanime encore sur le besoin de l'employer avec énergie; mais quelles en sont les limites? auxquels de ses agents doit-on donner la préférence, suivant quelle méthode, en un mot, convient-il de les employer? Ici, les dissidences commencent.

La clinique de M. le professeur Bouillaud a démontré à quiconque en a constaté les résultats la vérité des propositions suivantes, désormais transformées pour moi en axiomes.

Les effets obtenus des émissions sanguines diffèrent selon l'espace de temps dans lequel on retire une seule et même quantité de sang.

Ils sont en raison inverse du temps, comme en raison directe de la dose enlevée.

Trois livres de sang soustraites en vingt-quatre ou trente-six heures, en produisent plus que six livres perdues en huit jours.

Dans les maladies aiguës, qui attaquent vivement et énergiquement la vie jusque dans ses fondements, il est nécessaire de faire agir des moyens proportionnés au mal, sous le double point de vue de la force et de la rapidité.

Ainsi, la guérison doit être la règle, et la mort l'exception.

Je ne me permettrai pas de développer ces vérités. Le savant professeur l'a fait avec trop de talent pour que je ne me contente pas, moi, pauvre disciple, faible interprète de la pensée du maître, de renvoyer à sa philosophie, à sa clinique, à ses traités des maladies du cœur et du rhumatisme, où les preuves surgissent à chaque page. Mais je dirai surtout à qui conservera, après la lecture de ces ouvrages, le scepticisme d'ailleurs si louable de tout homme qui n'a pas pu voir encore. Dépouillez donc vos misérables préventions sur le seuil de l'hôpital de la Charité; entrez, observez, interrogez, comparez, jugez, et, dans trois mois, nous verrons si l'épreuve clinique a fait passer la conviction dans votre esprit. Alors, mais alors seulement, votre opinion sur les cinq propositions énoncées aura pour moi une valeur réelle; d'ici là, reconnaître votre compétence, ce serait soumettre un procès à des juges qui n'en auraient pas vu les pièces.

La supériorité de la méthode des saignées coup sur coup, dans le traitement des principales inflammations aiguës, sur la thérapeutique ordinaire, étant démontrée à tout praticien qui l'a consciencieusement étudiée, son emploi contre le phlegmon iliaque n'est plus qu'une affaire de logique. Si d'ailleurs il fallait des autorités pour le légitimer, je ne serais pas embarrassé d'en trouver. J'ai déjà plusieurs fois cité Puzos, au dire duquel les saignées *un peu* brusquées, et plusieurs fois répétées, peuvent seules conjurer les accidents. D'après Deleurye, il faut saigner plusieurs fois de suite, et à peu d'intervalle. Boyer écrivait, en 1820, à l'article PHLEGMON du *Dictionnaire des sciences médicales* : « Il faut, pour retirer de la saignée tout l'avantage possible, la pratiquer au commencement de la maladie, et tirer en un ou deux jours la quantité de sang qu'on croira nécessaire, d'après les forces, l'âge, le tempérament des malades et l'intensité de la maladie, etc. etc. »

En conséquence, dès la première manifestation des symptômes on devra agir. Une saignée de quatre ou cinq palettes sera immédiatement pratiquée. Si elle a été faite le matin, on la renouvellera le soir, et, dans l'intervalle, quinze ou vingt sangsues environ seront

appliquées sur la tumeur. La difficulté de savoir exactement la dose de sang soustraite par celles-ci peut les faire remplacer par les ventouses.

Le second jour, si la maladie continue à marcher, outre une application intermédiaire de ventouses, on pratiquera encore une ou même deux saignées, suivant la force de la malade et la quantité de sang perdue pendant l'accouchement.

En supposant toujours qu'il n'y ait pas d'amendement, que l'état fébrile n'ait point diminué, le troisième jour, on recourra de nouveau à la saignée du bras et à une émission locale. Si, au contraire, les phénomènes locaux seuls persistaient, on s'en tiendrait aux ventouses, auxquelles on pourrait même revenir deux fois.

Il est des cas où, le quatrième jour, on ne devra pas craindre de reprendre encore la lancette ou le scarificateur.

Le choix de ces différents agents sera d'ailleurs calculé d'après la prédominance des accidents locaux ou généraux.

Est-il besoin d'ajouter : la constitution, le tempérament, seront pris en considération et indiqueront les changements et les exceptions aux règles ? Ce sont là de ces lieux communs applicables à chaque maladie ; aussi n'essayerai-je pas de les développer. Une description, si minutieuse qu'elle soit, ne peut jamais embrasser que les généralités. Tout particulariser ensuite au lit du malade, et modifier suivant les besoins de l'individualité, voilà ce qui distingue le vrai clinicien.

La méthode des émissions sanguines continues, préconisée par M. Gama, dans le traitement des inflammations cérébrales, serait peut-être utile contre l'affection qui nous occupe. La théorie, du moins, semble l'indiquer ; puisqu'il se faisait avant l'invasion un écoulement constant, on se rapprocherait autant que possible, en imitant le chirurgien du Val-de-Grâce, des procédés de dégorgement naturels, surtout si on appliquait les sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses, lieu auquel, selon moi, le point malade est préférable. Je crois encore moins utile et beaucoup plus gênant de les mettre à

l'anus. — Ne se pourrait-il pas qu'en présence des résistances obstinées de certains gens, devant la méthode du professeur de la Charité, le médecin se trouvât heureux de recourir à celle-là. Ce serait une espèce de subterfuge par lequel, soustrayant à la malade la quantité de sang nécessaire avec assez de promptitude, il la rendrait à la vie presque en dépit d'elle et des siens.

Aux moyens ci-dessus indiqués et constituant la base du traitement, on joindra tous les accessoires ordinaires de la médication antiphlogistique : diète ; bains prolongés, tisanes émollientes et légèrement laxatives, lorsque la constipation se prolonge. Des lavements plusieurs fois répétés chaque jour, des injections émollientes, seront également mis en usage ; des cataplasmes de même nature ou des fomentations couvriront largement le ventre et la vulve. Faut-il encore s'arrêter à donner des préceptes sur la composition de ces diverses préparations ? La réputation souveraine dont ont joui certaines *herbes* nous eût obligé cinquante ans plus tôt à pareilles discussions. Heureusement la matière médicale a depuis longtemps fait justice de tous ces prétendus spécifiques, en rangeant chacun dans la classe à laquelle il devait appartenir.

On ne négligera pas la position de la malade. Le soulagement obtenu par la flexion des membres abdominaux est une indication de la rendre permanente, en plaçant sous le jarret un double plan incliné fait de deux oreillers.

Si la méthode par excellence était inapplicable, on pourrait recourir aux purgatifs, dont l'effet heureux me semble douteux, malgré quelques cas de guérison observés *pendant* leur emploi. Je ne parle pas spécialement du calomel, dont la double action peut se rattacher aux moyens suivants.

Toujours utiles concurremment avec les évacuations sanguines, les onctions mercurielles le deviennent surtout si, par une circonstance quelconque, celles-ci sont impossibles, ou si la phlegmasie se complique de péritonite ; mais de même, elles doivent être mises en usage avec énergie, et avant la production de trop grands désordres. Pour

que leur puissance s'exerce tout entière, il faut créer en peu d'instant une infection mercurielle profonde, et ne s'arrêter que quand survient le premier signe de la saturation hydrargyrique, c'est-à dire le gonflement des gencives. M. le professeur Velpéau, à qui est due la popularisation de cette méthode contre la péritonite puerpérale, se proposa d'introduire immédiatement dans l'économie de très-hautes doses de mercure, de façon à produire aussi vite que possible la cachexie mercurielle. Par là il voulait donner au sang une fluidité telle qu'il devint impropre à une phlegmasie grave. « Ce serait, dit M. le professeur Trousseau, mal comprendre la médication mercurielle, dans le traitement de la péritonite, que de l'appliquer mollement. Il en est de cette méthode comme de celle par les saignées; ce n'est tout de donner du mercure et de tirer du sang, il faut le faire autant qu'il le faut et comme il le faut. »

On tire souvent aussi un grand bénéfice de l'application d'un vésicatoire dépassant de quelques centimètres la surface de la tumeur. Il est parfaitement utile quand on a fait tomber la fièvre; on ne doit pas craindre de l'appliquer sur les piqûres de sangsues même. Les accidents déterminés alors n'ont aucune gravité, et dans les cas les plus effrayants, au bout de vingt-quatre heures le calme est parfait.

Toute manifestation extérieure d'inflammation ayant disparu sans entraîner une diminution proportionnée de l'engorgement, le médecin devra hâter la fin de la guérison, en employant, soit encore le mercure, soit l'iode, soit les sangsues en petit nombre, conformément aux principes généraux de la thérapeutique; s'il persistait avec trop d'opiniâtreté, je n'hésiterais pas à conseiller des révulsifs plus énergiques. Un séton et même quelques moxas seraient assez indiqués par la possibilité, ou des récidives avec toutes les chances de terminaisons funestes; ou d'une infirmité aussi longue que la vie, et entretenue par le noyau induré. Dans tous les cas, l'effet de ces nouveaux moyens serait surveillé de très-près, et la moindre recrudescence inflammatoire donnerait le signal d'un retour aux antiphlogistiques.

Si malgré le traitement la maladie continue à marcher vers la sup-

puration, ou si on est appelé seulement quand elle existe, il faut agir en conséquence. Tant que la peau n'est pas soulevée en pointe, que la rougeur ne s'y manifeste pas, que des battements accompagnés d'un sentiment d'érosion ne se font pas sentir dans un point fixe, et que rien n'annonce la déchirure prochaine de l'intestin ou des organes génitaux, il ne faut pas désespérer de la résorption du pus. On la facilite à l'aide de nombreux vésicatoires et de moxas placés au-devant du foyer; de même qu'on tire bon parti des évacuations capillaires pour maintenir la suppuration dans ses limites actuelles.

Quant à l'évacuation de ses produits, si tant est qu'ils ne puissent rentrer dans les voies circulatoires, il faudra se conduire de manière à éviter les décollements et l'amincissement des membranes à traverser, c'est-à-dire de la peau et des parois vaginales, car le rectum, la vessie et la matrice sont, par la profondeur de leur situation, soustraits dans ce cas à nos agents thérapeutiques. Pour cela on leur donnera issue dès qu'ils seront réunis en collection, sans attendre la fonte complète de la tumeur. Comme il est très-possible d'en résoudre une partie, quoique le centre se soit abcédé, on agira en vue de produire ce résultat. Aucune circonstance ne fera exception à la règle. Les chances de résorption sont trop minimes, une fois l'abcès formé, pour qu'on y compte, et en attendant on s'expose à des fusées lointaines, à des décollements, voire à la gangrène des parties, et conséquemment à des cicatrices vicieuses. La petitesse du foyer, la lenteur de la fonte purulente, n'excuseraient même point la temporisation, car la marche peut s'activer d'un jour à l'autre. La supériorité des ouvertures naturelles sur les solutions de continuité produites par l'art, a d'ailleurs perdu tout son prestige. Une des grandes raisons qui la faisaient proclamer, était la petitesse des premières. Quoi donc empêche le chirurgien de réduire autant les dimensions des secondes? On en trouvait une autre dans l'avantage de laisser le pus hâter et compléter par sa présence la fonte de l'engorgement tout entier: pour nous ce serait un inconvénient. Moins il y en aura de produit, mieux

cela vaudra. Nous travaillerons donc à favoriser, non la suppuration, mais la résolution du reste de la tumeur.

Toutes les fois que l'abcès saillira à l'intérieur du canal utéro-vulvaire, on pratiquera sur les parois de ce conduit, au point le plus déclive du foyer, une incision suffisante à l'écoulement. Ce que nous avons dit de l'avantage de cette ouverture comme terminaison naturelle, doit évidemment la faire préférer à toute autre, quand l'art est obligé d'intervenir. Ainsi, lorsqu'il existera une vaste collection, sensible en même temps à la fosse iliaque, on se gardera de choisir celle-ci. Un aide, comprimant dans tous les cas cette région, rendra l'opération plus facile en augmentant la saillie. Alors le chirurgien, après s'être entouré de toutes les précautions nécessaires, glissera le long du doigt indicateur, préalablement introduit, un bistouri enveloppé de linge, excepté dans la longueur de quelques lignes, et il pratiquera une ouverture autant que possible grande et située à la partie inférieure; mais, du reste, il prendra bien plus conseil de chaque difficulté actuelle que de préceptes généraux.

L'incision faite, et sa conduite devra être la même après la perforation naturelle, soit du vagin, soit du rectum, de la vessie et de l'utérus, il cherchera à placer la malade dans une position à la fois facile à conserver et avantageuse pour l'écoulement. Il y aidera par des pressions modérées et méthodiquement pratiquées, de haut en bas, sur la fosse iliaque. Elles seront renouvelées à chaque pansement, et dans l'intervalle un bandage de corps médiocrement serré maintiendra une bonne épaisseur de compresses graduées, si la femme les supporte sans douleur. En même temps il s'opposera par des injections émollientes au séjour des liquides morbides dans les organes devenus ses canaux excréteurs. L'abondance de ceux-ci indiquera la fréquence de celles-là, qui seront toujours poussées avec beaucoup de ménagement et le moins de mouvements possible, afin de maintenir en rapport les parties entre lesquelles pourrait exister un commencement d'union, afin de ne pas arriver jusqu'au foyer, dont de simples injections d'eau de guimauve ont déterminé l'inflammation. Il ne faudra pas oublier

d'empêcher la cicatrisation des lèvres de la plaie, tant que la source pyogénique n'aura point été tarie. Si, faute de ce soin, on croyait, ne voyant plus le pus couler au dehors, à une parfaite guérison, on serait bientôt détrompé par le retour de tous les symptômes. Une pareille erreur serait à la fois grave pour le médecin, dont elle compromettrait la réputation, et pour la malade; car peut-être bien le nouvel abcès prendrait-il une route moins avantageuse. On passera donc le doigt dans la solution de continuité aux premières visites; s'il y avait une grande tendance à la cicatrisation, on y laisserait une mèche de charpie. On redoublera d'attention quand l'écoulement diminuera, et si l'oblitération d'une partie de son calibre en était la cause, on y remédierait aussitôt. De même, si une ouverture naturelle était trop petite, il n'y aurait pas lieu d'hésiter à l'agrandir.

Le traitement chirurgical des engorgements iliaques suppurés et soulevant la peau se déduit de la thérapeutique générale des abcès. Quelques particularités ont pourtant besoin d'être notées; les voici :

Nous nous sommes expliqué sur l'utilité d'offrir de bonne heure une voie d'élimination aux liquides devenus pour l'économie corps étrangers. Quels sont, des moyens en usage dans ce but, ceux qui conviennent le mieux aux différentes manifestations anatomiques de la maladie ?

La ponction est considérée comme ayant deux avantages sur l'incision : le premier, incontestable, est la petitesse de la cicatrice; le second résulterait d'une grande diminution des chances d'inflammation du foyer. Or, en raison du siège, l'un perd l'importance qu'il a lorsqu'il s'agit de parties habituellement découvertes; l'autre devient imaginaire, si, à la suite d'une large incision, on use immédiatement de sangsues ou de ventouses scarifiées. D'une autre part, le voisinage du péritoine, concourant souvent lui-même à la formation des parois du foyer, la possibilité de sa lésion, rendent ce procédé dangereux. L'usage en doit donc être limité à des cas très-restreints. Je ne le rejette pas entièrement, parce qu'en définitive une cicatrice, si on le peut, doit toujours être évitée. Toute femme, même la meilleure mère

de famille, en saura gré à son accoucheur. Mais de telles considérations ne pouvant jamais autoriser à exposer la vie des malades, je crois la ponction praticable seulement si l'abcès est tout à fait superficiel, rapproché de la crête iliaque, si la fluctuation est facile à sentir, et surtout si, après de fréquents examens, on a constamment obtenu par la percussion un son mat au point correspondant. Au moment d'opérer, on vérifiera de nouveau ces signes; puis, un aide faisant saillir la tumeur, on agira avec un bistouri ou un trocart selon les règles ordinaires, en observant toutefois, 1° de limiter avec l'index la profondeur à laquelle doit pénétrer l'instrument; 2° de l'introduire perpendiculairement à la surface tégumentaire; 3° de le faire avancer très-lentement.

Le premier et le dernier précepte n'ont pas besoin de développements, du moins je le crois. Un mot sur le second. Professé par M. Lisfranc, dont M. le docteur Forget a consigné dans la *Gazette des hôpitaux* les excellentes leçons sur les abcès, il est constamment suivi par lui. Longtemps attaché à sa division, j'ai toujours vu le succès couronner cette pratique, en faveur de laquelle militent d'ailleurs les raisonnements suivants. Le bistouri, étant plongé obliquement, parcourt les tissus dans une plus grande étendue: de là nécessairement plus de douleur, de là un écoulement moins facile, de là peut-être l'infiltration entre les tissus à traverser. D'après cela, je crois, avec le chirurgien de la Pitié, les divers procédés de ponctions obliques au moins inutiles, et je n'hésite pas à proposer d'enfoncer le bistouri perpendiculairement à la peau de la fosse iliaque, comme je le ferais pour l'abcès d'une région quelconque.

Je proposerai aussi l'extension d'un moyen inventé par le docteur Plessmann, de Berlin, dans le traitement des abcès du sein. Après l'ouverture, soit par la nature, soit par l'art, tirant tout le pus à l'aide d'une ventouse, et évacuant ainsi totalement le foyer, il a vu plusieurs fois la plaie fermée et guérie en deux jours (1). Pourquoi ne l'inite-

---

(1) Une application toute récente vient de me confirmer les résultats de Pless-

rait-on pas, surtout contre les collections de dimension moyenne, dont la brusque déperdition est tout à fait exempte d'inconvénients. On augmenterait encore les chances de guérison par une compression modérée, à laquelle on recourra, du reste, chaque fois qu'elle sera possible, quel qu'ait été le mode d'évacuation. Elle présente deux trop grands avantages, expulsion du liquide et rapprochement des parois, pour n'être pas toujours tentée.

Lorsque, par son intermédiaire, on espérera simultanément atteindre ce double but, il n'y aura pas nécessité de perforer la peau au point le plus déclive, comme il convient de le faire en général. On se soustraira à cette loi pour les abcès petits, et qui ont aminci considérablement les téguments, surtout au centre de la tumeur. En pratiquant l'ouverture en ce lieu même, on épargnera des douleurs, vu les moindres dimensions du trajet à parcourir, et en outre, l'opération portera sur ces tissus amincis un léger degré d'excitation très-propre à faciliter leur adhérence aux parties sous-jacentes.

Cette dernière remarque s'applique en même temps à la ponction et à l'incision; occupons-nous spécialement de celle-ci. Des discussions précédentes, il résulte déjà, 1° qu'elle doit être mise en usage dans la majorité des cas; 2° que généralement on doit la faire à la partie inférieure du foyer; 3° qu'il est temps d'agir dès que la fluctuation existe. En outre, elle sera dirigée parallèlement à l'arcade crurale, et exécutée avec autant de précautions que la mise à nu d'un sac herniaire. La malade souffrira davantage, je le sais; le chirurgien sera réputé moins brillant; mais, en revanche, il aura toute la supériorité de la prudence, et la certitude de n'avoir pas témérairement joué la vie d'une femme. Un bistouri convexe sera donc employé. Une première incision intéressera la peau dans une étendue de plusieurs

---

mann. Madame B..., affectée d'un abcès du sein gauche ouvert depuis deux mois, fut soumise par mon excellent ami le docteur Faivre au traitement indiqué; le quatrième jour, il n'y eut plus une goutte de pus.

pouces; on y donnera une largeur proportionnée à la profondeur présumée du pus, à sa quantité, ayant soin de pécher plutôt par excès que par défaut. On divisera ensuite successivement, et couche par couche, les diverses lames du fascia superficialis. Le doigt indicateur, porté alors dans la solution de continuité, appréciera déjà beaucoup mieux le siège exact de la collection. Une sonde cannelée, à extrémité mousse, sera ensuite plongée au centre de l'incision, de façon à traverser l'aponévrose du muscle oblique externe en en écartant les fibres; puis, glissée sous elle à droite et à gauche, elle conduira l'instrument tranchant destiné à la fendre. On attaquera de la même manière les muscles petit oblique et transverse, soit l'un après l'autre, soit ensemble, comme on le pourra faire, suivant leur plus ou moins d'adhérence, en raison de la hauteur du plan charnu à laquelle on agira; en un mot, on marchera d'après les difficultés du terrain. On avancera aussi loin qu'il le faudra, coupant toujours devant soi jusqu'à l'écoulement du pus, mais sans oublier un instant le principe capital de la médecine opératoire, le *tuto. . .*

Ainsi il y aura presque certitude de ne léser aucun organe important: le péritoine sera certainement garanti de toute blessure, l'intestin ne sera plus ouvert, l'artère épigastrique, maintenue contre la face postérieure du fascia transversalis par un tissu cellulaire assez souple, fuira (quand l'incision portera sur son trajet) devant la sonde cannelée, et si, du reste, elle était comprise dans la section, l'accident, aussitôt reconnu et traité, perdrait presque toute sa gravité. Quant aux branches et au tronc de la sous-cutanée abdominale, dont la division est à peu près forcée, ils fournissent généralement trop peu de sang pour occuper: au cas d'ailleurs où leur volume en rendrait la section gênante ou dangereuse, la ligature ou la torsion arrêterait de suite l'écoulement.

Encore une remarque qui ne manquerait pas, à l'occasion, de quelque utilité pratique. La section des muscles se trouvant, contrairement aux préceptes généraux, parallèle à la direction de leurs fibres, il ne serait pas étonnant que, contractés énergiquement sous l'in-

fluence de l'excitation traumatique, ils fermassent assez exactement l'ouverture pour s'opposer consécutivement surtout à l'issue du pus. Il importera donc de faire exécuter à la sonde quelques mouvements de latéralité dans la plaie après chaque coup de bistouri, afin de se bien assurer que l'on n'est pas encore arrivé à l'intérieur du foyer, puis, une fois qu'on y aura certainement pénétré, de mettre les muscles dans le plus grand relâchement possible. Malgré ces précautions, on surveillera encore avec soin l'ouverture à chaque pansement, et on s'assurera de sa non-cicatrisation. Enfin, on couchera la femme sur le ventre : si la fatigue de cette position l'empêche de la garder, on l'y contraindra du moins deux ou trois heures par jour, et dans l'intervalle elle restera inclinée du côté malade.

Comment doit agir l'homme de l'art quand le pus a gagné la cuisse ? Je suppose qu'aucune issue n'ait encore été pratiquée : il ouvrira aux points fluctuants, en suivant les préceptes ci-dessus posés, toutes les fois qu'une incision brusque sera contre-indiquée par les dispositions anatomiques de la région. — Seconde hypothèse : une première opération et des pansements bien faits sur la fosse iliaque n'ont pas empêché les fusées d'envahir le membre. Il faut suivre la même conduite. Le nombre des contre-ouvertures sera égal à celui des dépôts.

Quoique la matière ne séjourne pas, la guérison est indéfiniment attendue : dans cette supposition, quelle ressource conserverons-nous ? Encore de nouvelles incisions. Je m'explique : une vaste suppuration occupe la fosse iliaque et le côté interne de la cuisse. Appelée près de la malade, nous ouvrons seulement à la partie la plus déclive ; au lieu de céder à cette opération et aux moyens accessoires concurremment en usage, le mal continue, la sécrétion se prolonge, et nous voilà tout à l'heure exposés au marasme qu'elle entraîne. Quelle est la cause de cette persistance ? Peut-être reconnaît-elle des raisons à nous inconnues ; mais en voici du moins une que la saine physiologie admet. Le pus, pour être porté à l'extérieur, doit nécessairement suivre toute l'étendue du trajet. Or, il peut produire là, comme corps étranger, un double effet : 1° destruction mécanique des adhérences

tendant à s'établir; 2<sup>e</sup> irritation des parois analogue à celles qui, dans l'épiphora, dans le coryza, dans la diarrhée, accompagnent l'écoulement des liquides sur les parties voisines; identique presque avec l'inflammation de la peau soumise au contact du pus aux environs d'un foyer. Empêcher la prolongation du séjour, si du moins on ne peut s'opposer à la sécrétion, voilà l'indication; inciser à la partie supérieure, tel est le moyen. On pratiquera donc, en pareil cas, sur le trajet, des ouvertures en nombre proportionné à sa longueur; on comprimera dans chaque intervalle, et en même temps on soumettra la malade à un régime tonique et analeptique. capable de réparer les pertes, de rendre de l'embonpoint, résultat difficile à obtenir, mais des plus puissants, lorsque surtout, de larges clapiers s'étant formés dans le bassin, l'emploi des procédés artificiels destinés à en rapprocher les parois est presque inapplicable. Alors, cependant, il ne faudra pas complètement répudier l'art; c'est un devoir, au contraire, en face de si grands embarras, d'essayer ses dernières ressources. On tentera donc l'introduction de corps étrangers dans le vagin, et si les décollements n'en sont pas éloignés, un pessaire pourra très-heureusement concourir à la guérison, agissant en petit comme la grossesse.

Quant aux divers agents irritants, provocateurs d'une inflammation adhésive, ils sont dangereux. Le but est facilement dépassé, et la péritonite est trop grave pour qu'on ne recule pas devant les chances de l'engendrer. Les injections surtout, dont on ne saurait calculer la portée, seront rejetées, à moins qu'il ne s'agisse d'anciennes fistules persistant après la guérison entière du foyer iliaque. Celui-ci n'étant pas cicatrisé, le chirurgien s'autorisera tout au plus, et encore s'il a la certitude d'un suffisant éloignement de la séreuse, à toucher légèrement avec le nitrate d'argent, avec le protonitrate acide liquide de mercure, les parois du kyste; à y placer quelques boulettes de charpie, ou enfin à en tondre avec des ciseaux courbes la surface interne organisée en membrane muqueuse accidentelle.

Enfin, si la phlegmasie péritonéale était produite, soit par des

moyens thérapeutiques imprudemment employés, soit autrement (à la suite d'une perforation, par exemple), la malade n'étant plus dans les conditions nécessaires au succès du traitement par lequel, en y recourant au début, on l'aurait soustraite à tant de maux, j'invoquerais comme dernière planche de salut l'emploi de l'opium à haute dose.

---

II.

*Des veines.*

On désigne par le nom de *système veineux* l'ensemble des vaisseaux qui ramènent au cœur le sang noir. On l'applique par extension aux vaisseaux qui ramènent aussi au cœur le sang redevenu rouge dans les poumons. Leur histoire anatomique et physiologique est de la plus haute importance, comme de la plus vaste étendue.

---

III.

*Comment reconnaître si l'antimoine métallique contient du plomb ou du fer ?*

En soumettant l'antimoine suspect à l'action de l'acide nitrique.

---

IV.

*Traitement du ramollissement.*

S'il est incontestable que le ramollissement de tel ou tel organe en particulier puisse avoir un traitement qu'on doive préférer, il ne l'est pas moins, qu'une même thérapeutique ne saurait convenir à tous les ramollissements. Il n'y a donc pas de *traitement du ramollissement*.

---











